

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLÍNICA

**INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA MIXTA EN UN GRUPO DE ADULTOS
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II TENDIENTES A
MEJORAR SU PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y SUS NIVELES DE
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

PSIC JACQUELINE YISEL RODRÍGUEZ JIMÉNEZ

Testis de grado presentada a la Facultad de
Psicología, como uno de los requisitos para
obtener el título de Magíster en Psicología
Clínica.

PANAMA REPUBLICA DE PANAMA

2011

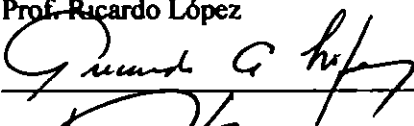


56

14 MAY 2012

Obsequio

14055

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en	Psicología Clínica
Facultad de	Psicología
Numero de Código	327 14 06 1080
Nombre del Estudiante	Jacqueline Y Rodriguez J
Título al que aspira	Magíster en Psicología Clínica
Tema de Tesis	Intervención Psicoterapéutica Mixta en un grupo de Adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II tendientes a mejorar su percepción de calidad de vida y sus niveles de ansiedad y depresión
Resumen Ejecutivo	El presente trabajo se basa en un estudio pre-experimental con un solo grupo experimental en el cual se evaluará la efectividad de la intervención psicoterapéutica mixta (individual y grupal) a través de dos mediciones al grupo antes y después de haber sido implementado el programa La intervención psicoterapéutica mixta esta focalizada a mejorar la ansiedad, depresión y la percepción de calidad de vida en pacientes adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2
Nombre del Asesor	Prof. Ricardo López
Firma del Asesor	
Firma del Estudiante	
Aprobado por	 Coordinador del Programa
	Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y postgrado
Fecha	

DEDICATORIA

Especialmente dedico este trabajo a quien siempre me inspiro a seguir adelante mi guía y soporte en todo momento A ti Abuelo Ricardo Reyes (q e p d) Hoy levanto mis ojos al cielo y con lagrimas brotando de ellos te digo lo logramos, hemos culminado''

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios Altísimo quien a pesar de confrontar tantos obstáculos me diste la oportunidad de culminar esta maestría, y llegar al final de la meta

A mis familiares y amigos gracias por el apoyo recibido en cada momento aun cuando pensé flaquear me alentaron a continuar adelante

A mi Asesor de Tesis Profesor Ricardo López, por todo el tiempo invertido su apoyo y todos sus conocimientos aportados para la culminación de esta tesis

Y a ti mi Angel El amor nunca se olvida, solo se aprende a vivir con sus recuerdos Abuelo donde estés gracias por levantarme y suministrarme la voluntad para lograr este éxito

A Todos Mil Gracias¹¹

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	1
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN/ ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
 CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO PARA UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	
1 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LA SALUD	5
1 1 Definición de la Psicología Clínica y de la Salud	6
2 MODELO BIOPSICOSOCIAL DE LA SALUD	12
3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DIABETES	15
4 LA DIABETES MELLITUS Y LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN LOS PACIENTES QUE LA PADECEN	18
4 1 Antecedentes	18
4 2 Definición de Diabetes Mellitus	23
4 3 Síntomas y Diagnóstico	24
4 4 Tipos de Diabetes	27
4 5 Tratamientos	29
4 6 Consecuencias Psicológicas que conlleva la enfermedad	31
5 CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA	32
5 1 Calidad de Vida y Salud	35
5 2 Calidad de Vida en personas que padecen de alguna enfermedad crónica	35
5 3 Calidad de Vida y Diabetes	37

6 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	38
6 1 Ansiedad	38
6 1 1 Relación de Ansiedad y Diabetes	40
6 2 Depresión	41
6 2 1 Relación de Depresión y Diabetes	42

CAPÍTULO II LA PSICOTERAPIA BREVE EN EL CAMPO DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

1 LA PSICOTERAPIA	44
1 1 La Psicoterapia Breve Origen y Desarrollo	46
1 2 Principios Básicos de la Psicoterapia Breve	48
1 3 Perfil Básico de la Psicoterapia Breve	50
1 4 Métodos de Intervención en la Psicoterapia Breve	51
1 5 Eficacia de la Psicoterapia Breve	53
1 6 Limitaciones de la Psicoterapia Breve	54
2 PSICOTERAPIA BREVE PSICODINAMICA	55
3 PSICOTERAPIA GRUPAL	56

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	59
2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	61
2 1 Objetivos Generales	61
2 2 Objetivos Específicos	61
3 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	62
3 1 Hipótesis Principal	62
3 2 Hipótesis Estadística	62
4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	63
5 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	64

5 1 Variable Independiente	64
5 2 Variable Dependiente	66
6 POBLACION Y MUESTRA	68
6 1 Población	68
6 2 Muestra	69
6 3 Criterios de Inclusión	69
6 4 Criterios de Exclusión	69
7 TÉCNICAS DE MEDICIÓN E INSTRUMENTOS	70
8 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO	74

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS

1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA	76
2 ANALISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS	77
3 DISCUSIÓN	89
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	94
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS	101

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No 1 Comparación entre el pre test y el post test del grupo experimental de la Variable Ansiedad Estado	79
Gráfica No 2 Comparación entre el pre test y el post test del grupo experimental de la Variable Ansiedad Rasgo	82
Gráfica No 3 Comparación entre el pre test y el post test del grupo experimental de la Variable Depresión	85
Gráfica No 4 Comparación entre el pre test y el post test del grupo experimental de la Variable Calidad de Vida	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No 1 Datos Sociodemográficos del Grupo Experimental	76
Tabla No 2 Comparación entre el pre test y post test del grupo experimental Variable Ansiedad Estado	77
Tabla No 3 Estadísticas descriptivas Comparación entre el pre test y post test del grupo Experimental Variable Ansiedad Estado	78
Tabla No 4 Comparación entre el pre test y post test del grupo experimental Variable Ansiedad Rasgo	81
Tabla No 5 Estadísticas descriptivas Comparación entre el pre test y post test del grupo Experimental Variable Ansiedad Rasgo	82
Tabla No 6 Comparación entre el pre test y post test del grupo experimental Variable Depresión	84
Tabla No 7 Estadísticas descriptivas Comparación entre el pre test y post test del grupo experimental Variable depresión	85
Tabla No 8 Comparación entre el pre test y post test del grupo experimental Calidad de Vida	87
Tabla No 9 Estadísticas descriptivas Comparación entre el pre test y post test del grupo experimental Calidad de Vida	88

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo No 1 Consentimiento Informado	102
Anexo No 2 Historias Clínicas	104
Anexo No 3 Instrumentos	111

RESUMEN

Este proyecto de investigación tenía como objetivo comprobar la efectividad de una intervención psicoterapéutica mixta psicodinámica, en un grupo de adultos entre 40 y 60 años diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II. El mismo se realizó mediante un diseño pre-experimental con mediciones antes y después a un solo grupo experimental. Se utilizó la escala de ansiedad rasgo/estado IDARE, escala de depresión ZUNG y el cuestionario de Calidad de Vida InCaViSa. El tratamiento se realizó en doce sesiones en la modalidad individual y grupal aplicado a los seis sujetos que conformaban la muestra, y se esperaba obtener una disminución en las variables ansiedad, depresión y calidad de vida. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad y depresión de los sujetos que participaron del estudio, lo que indica que la psicoterapia grupal breve psicodinámica fue efectiva.

ABSTRACT

This investigation project had the purpose of prove the effectiveness of an intervention psychotherapy mixed psychodynamic in a group of adults between 40 and 60 years old diagnosed with Diabetes Mellitus Type II. The same was done throughout a design pre experimental with measures before and after to only one experimental group. It was used and scale of anxiety profile / state IDARE, scale of depression ZUNG and the questionnaire of Quality of Life InCaViSa. The treatment was done in twelve sessions in individual made and in groups apply to the six persons whom we choose for the test, and we expected obtain low levels of variable anxiety, depression and quality of life. We observed an improvement statistical and significant on the levels of anxiety and depression of the subjects whom participated on the study, wich indicate the psychotherapy in group in short psychodynamic was effective.

INTRODUCCIÓN

El impacto de un diagnóstico de una enfermedad crónica, produce un cúmulo indescrutable de emociones las reacciones más comunes incluyen confusión negaciones miedos ansiedades culpas tristezas y depresión Además se pierde el sentido de seguridad la creencia en Dios hasta el significado de la vida Estas enfermedades tienen un curso incierto para cada sujeto que la padece

La Diabetes Mellitus es un importante y delicado problema de salud, dados sus altos índices de morbilidad y mortalidad y su impacto emocional y económico en la población Su enfrentamiento efectivo sólo es posible mediante un abordaje integral y multidisciplinario que incorpore el enfoque epidemiológico y que tenga por objetivo principal la prevención de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables

Si bien es cierto que en la génesis de la Diabetes Mellitus participan un sinnúmero de factores como la herencia, la alimentación, el estilo de vida, las condiciones del lugar en el que se habita, la ocupación entre otros como psicólogos de la salud estamos ante uno de los más grandes retos de la actualidad incluímos en el trabajo de identificar los principales factores biopsicosociales sobre el estado de enfermar de diabetes y lo que es aun más relevante desde el punto de vista de la prevención cómo evitarla

El presente trabajo consiste en la aplicación de una psicoterapia mixta psicodinámica para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que padecen Diabetes Mellitus Tipo II y mejorar su percepción de calidad de vida. De acuerdo con la literatura consultada, esta enfermedad tiene orígenes genéticos ambientales y patogénicos Por otra parte nos señalan que la presencia de problemas psicológicos en los pacientes y sus familiares es frecuente como consecuencia del estrés asociado y que al igual que en casi todas las enfermedades médicas los factores psicológicos o de comportamiento asumen un papel importante en su tratamiento

El objetivo de esta investigación fue el comprobar la eficacia de la psicoterapia mixta breve de orientación psicodinámica en las variables ansiedad, depresión y calidad de vida, estados de ánimos importantes en el manejo de la diabetes

En el primer capítulo se exponen las generalidades relativas a la Diabetes Mellitus Tipo II que permiten una mayor comprensión de la enfermedad, sus síntomas criterios diagnósticos y tratamiento de la misma

El segundo capítulo explica de manera general antecedentes definición de la psicoterapia breve sus principios básicos perfil eficacia y limitaciones de la misma

El capítulo tercero enmarca toda la metodología empleada, desde el planteamiento del problema, el diseño de investigación utilizado el cual se trató de un diseño pre experimental de pre prueba y post prueba con un solo grupo y estudio de caso Aquí se establece el procedimiento empleado en esta investigación

En el capítulo cuarto se presentan los resultados estadísticos obtenidos en el pre test y post test, las gráficas de los mismos se presentan las conclusiones y recomendaciones pertinentes al estudio una vez culminada la psicoterapia.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO PARA UNA INTERVENCIÓN

PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON

DIABETES MELLITUS TIPO II

1 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LA SALUD

Diferentes autores e investigadores entre ellos Luis Oblitas de México (2003) han hablado recientemente que se han experimentado cambios importantes en los conceptos referentes a la salud. La vieja controversia entre salud física y mental se ha superado gracias al reconocimiento que tiene la influencia biológica, sociológica, física y psíquica en los procesos de enfermedad. A esto le conocemos como el modelo biopsicosocial. Gracias a este cambio se ha reconocido la importancia de la colaboración de equipos interdisciplinarios así como también la participación más activa de la Psicología como elemento de prevención y tratamiento. Esto remarca la importancia que tiene el comportamiento en la génesis y desarrollo de algunas enfermedades.

Por su parte en las últimas cinco décadas la Psicología Clínica ha pasado de la dedicación exclusiva a la evaluación por medio de informes al desarrollo de terapias psicológicas altamente efectivas. Además sus posibilidades no se reducen a la intervención única de los pacientes si no también evaluando los desajustes producidos por las enfermedades que suelen tener repercusiones negativas en el comportamiento de los sujetos lo que ha llevado a descubrir algunas de las carencias del modelo bio-médico incluso en los diagnósticos siempre basados en las anormalidades bioquímicas y excluyendo otros factores igualmente necesarios como por ejemplo la subjetividad del paciente cuando informa sus dolencias. Habilidades que el médico en este caso puede favorecerse de la Psicología a través del entrenamiento en comunicación, como hacer una entrevista, relajación etc (Rodríguez, F. Vázquez, A. Pérez A. y Fernández, H. 2003).

La misma definición de la Organización Mundial de la Salud en 1946 define el término salud como 'un estado de completo bienestar físico, mental y social' esclareciendo que no sólo salud es la ausencia de enfermedad como hasta ese momento se había venido considerando dejando así a la Psicología el campo abierto en todos los ámbitos concernientes a la salud pues hace insistencia en la salud mental y física, así como en la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales (Oblitas L., 2003).

Deben tomarse en cuenta las importantes aportaciones de la Psicología Social hay que recordar que es el propio contexto social el que determina, entre otras cosas las

actitudes y como consecuencia, los comportamientos de las personas en todo lo referente a la salud y la enfermedad, al dar contenido precisamente a estos dos conceptos y construir así los esquemas comportamentales consecuentes. Del mismo modo los grupos sociales modulan los comportamientos sobre el mantenimiento y la promoción de la salud así como los comportamientos de la enfermedad (Rodríguez Marín, 1998)

Tanto la Psicología Clínica como la Psicología Social han apuntado a la promoción de hábitos de vida saludables. Así Nelson y Dannerfer afirman

En investigaciones realizadas desde las ciencias de la salud llama la atención la marcada variabilidad entre individuos en lo concerniente a patrones de cambio y estabilidad es decir las grandes diferencias que podemos encontrar a veces en la forma de desarrollarse y envejecer de las personas. Esas diferencias son fruto de la interacción de lo biológico genético por un lado y el ambiente la cultura y el comportamiento por otro (Nelson y Dannerfer 1992)

Hoy día, es indiscutible la relación entre la Psicología Clínica y la salud, y esta relación posibilita al individuo a que pueda ejercitar su capacidad para desarrollarse y que pueda realizar cambios que conduzcan a su crecimiento y a su evaluación personal todo dentro del concepto de salud mental

1.1 Definición de la Psicología de la Salud

Podríamos definirla como

la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o

la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevantes para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos pueden tener lugar (Oblitas L 2003)

La Psicología de la Salud está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas por que se enferman y cómo responden cuando se enferman La Psicología de la Salud además de estudiar estos tópicos promueve intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o para reponerse de las enfermedades

La Psicología de la Salud se preocupa de todos los aspectos de la salud y enfermedad a lo largo del ciclo de vida. Los psicólogos de la salud se enfocan en la promoción y mantenimiento de la salud la cual incluye aspectos como qué hacer para que los niños desarrollen buenos hábitos de salud, promoción de la práctica regular de algún tipo de ejercicio o deporte y de cómo desarrollar campañas publicitarias para lograr una alimentación balanceada en las personas

Los Psicólogos de la Salud también estudian los aspectos psicológicos en la prevención y tratamientos de enfermedades Un psicólogo de la salud puede enseñar a las personas que desempeñan actividades que involucran un alto grado de estrés cómo manejar éste de forma productiva y efectiva con el fin de evitar un efecto adverso en su salud, también trabajar con personas que se encuentran enfermas para ayudarles a ajustarse de forma más funcional a su padecimiento o para que aprendan a seguir el régimen de tratamiento

Cabe mencionar que los psicólogos de la salud también se enfocan en la etiología y las correlaciones entre enfermedad, padecimiento y disfuncionalidad

La Etiología se refiere a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados en los componentes conductuales y sociales que

contribuyen a la salud o la enfermedad y la disfuncionalidad. Estos factores pueden incluir hábitos diferentes a la salud tales como ingesta de alcohol, fumar, si se realiza algún tipo de ejercicio, si se utiliza el cinturón de seguridad y las formas en las que se enfrenta y maneja el estrés (Morales F 1999)

Finalmente, los psicólogos de la salud analizan y tratan de mejorar el sistema de salud y sus políticas. Ellos estudian el impacto de las instituciones y los profesionales de la salud en el comportamiento de las personas y desarrollan recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud.

Como vemos, la Psicología de la Salud tiene un amplio espectro de acción y desarrolla en sí misma todas las tareas propias de la Psicología Clínica, además lo involucra en el manejo de todo lo relacionado con salud y enfermedad, así como también en las diferentes culturas, subculturas y medio ambiente.

Según otros autores como Matarazzo (1980), la Psicología de la Salud es el conjunto de contribuciones explícitas educativas y de formación, tanto científicas como profesionales de la disciplina de la Psicología para

- a) Promoción de estilos de vida saludables
- b) Prevención de enfermedades modificando hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco)
- c) Tratamiento de enfermedades específicas como pueden ser la diabetes, el intestino irritable, el cáncer, el sida, etc. En estos casos, los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
- d) Evaluación y mejora del sistema sanitario

La Psicología de la Salud podría entenderse como una especialización dentro de la Psicología y que se ocupa dentro de la salud física y mental. Comprende a la salud mental general cuando ésta afecta el bienestar físico de las personas.

La Psicología Clínica de la Salud integra dos campos de especialización separados previamente existentes la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud la primera dedicada a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y centrada en los tratamientos y la segunda a los fenómenos y trastornos psicológicos relacionados con los problemas médicos o de la salud en general centrándose también en la prevención y promoción de la salud, añadiendo la perspectiva social en todos los casos (modelo biopsicosocial) (Oblitas L 2006)

En síntesis la Psicología de la Salud en su conjunto representa las contribuciones a la educación ciencia y al trabajo profesional de la psicología en general para la promoción y el mantenimiento de la salud la prevención y el tratamiento de enfermedades

Francisco Morales Calatayud (1999) autor del libro Introducción a la Psicología de la Salud considera que la psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud enfermedad y de la atención de la salud Consecuentemente a la Psicología de la Salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud la prevención de las enfermedades la atención de los enfermos y personas con secuelas y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que la reciben (Morales 1999)

Esta definición es muy amplia y de hecho puede recibir muchas críticas sobre todo cuando se formula la pregunta de cómo se puede sostener este modelo profesional en una conceptualización Cabe destacar lo siguiente

- La Psicología de la Salud no es una nueva psicología ni una psicología diferente que trata de reclamar por el hecho de llevar el apellido de la salud el carácter de disciplina independiente o propia. No se trata de esto es una rama aplicada

de una disciplina más general que como todos conocemos ya tiene una amplia variedad de temas polémicos y contradictorios por resolver

- Le interesa todo lo que se relaciona con variables psicológicas en el proceso de salud-enfermedad que se asume en un carácter multicausado incluyendo también entre sus intereses los problemas que se desprenden de la atención de la salud y las enfermedades de las personas lo que supone de hecho no sólo asuntos organizativos o económicos sino también de carácter psicológicos son acciones que se producen por personas y para personas
- Se ocupa no sólo de la atención o curación de los enfermos Esto que ha sido una práctica extensa y que ha producido diversos resultados teóricos y de investigación, es también de su interés pero ahora además queda incluida la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y no debe prestarse a confusiones porque se diga psicología de la salud en términos simples se prefiere utilizar en su denominación la que alude a la parte positiva del proceso pero estamos hablando de Psicología Aplicada a la salud y a la enfermedad y sus secuelas
- Por ultimo aunque la Psicología, como disciplina que estudia el comportamiento se le ha asociado tradicionalmente al estudio de las desviaciones de éste dentro del comunmente conocido como campo de la salud mental la concepción de la Psicología de la Salud se relaciona con todos los problemas de salud, ya sea que éstos se expresen en términos de enfermedad primordialmente a través de manifestaciones 'mentales o corporales división que por demás resulta impropio ya que no es más que una referencia contemporánea al viejo planteamiento dualista. Asimismo en esta definición se está reivindicando la importancia de la psicología de la salud en el plano práctico para el trabajo con sentido amplio (Morales F 1999)

Con un propósito informativo y para documentar las tendencias que se dan en relación con la Psicología de la Salud se citaran a continuación otras definiciones que han sido expuestas por diversos autores

Para B L Bloom (1988) la Psicología de la Salud se relaciona con el estudio científico de la conducta, ideas actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad

Por otro lado Stone (1979 1988 1991) consideran que la Psicología de la Salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, la planeación de la salud y otros componentes de este tipo del sistema total y agrega que bajo esta perspectiva, cualquier rama de la psicología que tenga que ver con el sistema de salud debe ser una subdivisión de la psicología de la salud

La División de la Psicología de la Salud de la *American Psychological Association* (2004) la define como

Las contribuciones educacionales científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud la prevención y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud

Esta definición es también la propuesta por Matarazzo (1980) y Albino (1983) Debido a que es la definición aceptada por una organización profesional de mucha representatividad en Norteamérica, ha sido muy comentada, señalándose que los cuatro aspectos que en ella están identificados han sido resueltos implícita o explícitamente de la siguiente manera Que el campo de la Psicología de la Salud está relacionado con las contribuciones especiales que los psicólogos pueden hacer a la salud

Que el termino salud debe ser entendido de la manera más amplia posible para incluir tanto la salud como la enfermedad, la salud física como la mental y trastornos específicos y diagnósticos tanto como el sentido general del malestar la robustez o el bienestar

El campo no debe estar limitado a la investigación o la construcción de teorías pero si debe estar relacionado con la aplicación de la investigación y la teoría a la prevención el tratamiento y las prestaciones de servicios

Todo lo que pueda tener un impacto en la salud, ya sea a nivel del individuo el grupo o el sistema social en general es de interés legítimo para el psicólogo de la salud (B L Bloom 1988)

2 MODELO BIOPSICOSOCIAL DE LA SALUD

El modelo señala que la exposición a un agente patógeno por ejemplo un virus o una bacteria, no desemboca necesariamente en la infección y el desarrollo de enfermedad por parte del individuo expuesto sino que dependerá del grado de vulnerabilidad inmunológica que éste presente a su vez, esa mayor o menor vulnerabilidad estará en relación con los hábitos de salud (dieta, tabaco alcohol práctica deportiva, horas de sueño etc) el ajuste psicológico (por ejemplo los niveles de estrés) y social (disponibilidad de apoyo social entre otros) de cada individuo

El surgimiento de esta nueva forma de conceptualizar la salud llevó también a la psicología, a reconceptualizar y replantearse las tareas que venia desarrollando en el campo de la Psicología Clínica, tales reajustes pudieran resumirse a partir de la compilación realizada por Santacreu (1997)

- La Psicología de la Salud se plantea como objeto de estudio del comportamiento humano que incluye las llamadas cogniciones las respuestas fisiológicas o biológicas no observables en sí mismas y las conductas manifiestas u observables

- Las leyes modelos o teorías que describen explican o predicen el comportamiento humano son las mismas para el comportamiento normal y anormal para la salud y la enfermedad
- El comportamiento humano anormal está constituido por formas de adaptación al ecosistema que finalmente resultan inadecuadas a corto o largo plazo
- Los Psicólogos Clínicos intentan aliviar a los individuos que demandan su ayuda, por medio de los conocimientos psicológicos. En general no se plantea el cambio del ecosistema, entre otras cosas por que no está a su alcance salvo que se trate de niños o adultos con actividad restringida.
- Los ecosistemas en los que el organismo está inmerso y el ambiente físico y social en el que se mueve determinan en gran parte no sólo los comportamientos adaptativos concretos sino los sistemas generales de adaptación. Además y ésta es la cuestión importante determinados ecosistemas producen/inducen sistemas de adaptación específicos inadecuados en otros ecosistemas o en un sistema más amplio
- La capacidad de adaptación de un individuo a su ecosistema es función de los recursos biológicos y psicológicos que posea y de las exigencias del propio ecosistema. De tal manera que podemos estudiar y comparar los distintos ecosistemas por su capacidad para provocar personas desadaptadas
- Un individuo (organismo) se comporta respondiendo al medio o ecosistema, manipulando o modificando este medio intentando adaptarse y teniendo en cuenta que la máxima prioridad para un mismo valor de refuerzo son los efectos a corto plazo. El grado de autocontrol que posea el individuo determinará la posibilidad de que considere los refuerzos a largo plazo. Todo ello significa que el individuo reacciona ante el medio y por tanto su conducta está en función del ecosistema en el que está inmerso pero también este ecosistema se modifica en la medida en que los individuos actúan o se comportan en él

- El comportamiento no es más que el conjunto total de actuaciones de un individuo en un medio o ecosistema y acotado dicho ecosistema en cuanto a sus dimensiones familia cercana, barrio ciudad o país puede ser valorado respecto a la dimensión de saludable
- Los comportamientos saludables en un determinado medio a corto plazo no lo son siempre a largo plazo Por el contrario los comportamientos no saludables (enfermos) a corto plazo son prácticamente improbables en el repertorio de respuestas del individuo y su probabilidad es función del tiempo entre respuesta y daño
- El comportamiento de un individuo no es uniformemente saludable o enfermo ni siquiera a corto plazo
- La salud es el resultado del proceso de adaptación general de un individuo Cuando la evaluamos en un determinado individuo siempre lo hacemos con referencia a un ecosistema con independencia de que lo explicitemos o no Tomada como variable dependiente del proceso de adaptación de un organismo la salud oscila a través del tiempo con valores máximos y mínimos y depende de las variaciones del ecosistema y del grado y rapidez de adaptación del individuo

Esta 'nueva' forma del abordaje ha contribuido directamente al aumento en la comprensión del papel jugado por diversas variables comportamentales sobre la etiología y la progresión de la enfermedad mediante la influencia de factores como el estrés sobre los sistemas nervioso inmunitario endocrino y del efecto de técnicas como el biofeedback y la relajación entre otros

Ahora bien, claras diferencias se pueden encontrar entre el modelo biomédico y el modelo bio-psico social entre las más relevantes se encuentran

a) El modelo biomédico da la importancia a lo físico y lo fisiológico

b) El modelo biopsicosocial añade importancia a los procesos psicológicos y cognitivos en el desarrollo y la vida del hombre y por tanto también en las patologías Consiste en

integrar los factores emocionales sociales y comportamentales en la práctica médica. Se basa en la interacción (no sumatoria) de los tres determinantes principales del estado de salud el biológico el psicológico y el social. Todos estos factores se infieren unos de otros, no son separables ni se pueden desintegrar, pero los factores biológicos pueden ser tratados mientras que los factores psicológicos suelen descuidarse. Además, los factores sociales son los que casi nunca se atienden (rehabilitación, terapia ocupacional). Las intervenciones familiares hoy en día son las peor atendidas de todas, aun cuando suelen ser las más efectivas. (Guzman S, Rebeca y Silva M, Paola, 2000)

3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LA DIABETES

Las enfermedades crónicas no infecciosas (o al menos no transmisibles) constituyen un problema cada vez más importante a medida que la esperanza de vida de la población humana aumenta. En los países más desarrollados estas enfermedades representan las causas mayores de morbilidad y mortalidad.

Las enfermedades crónicas no contagiosas tienen varios caracteres particulares

- Características epidemiológicas comunes: multicausalidad compleja e interrelacionada. Entre ellos se encuentran los factores causales de carácter físico (radiaciones), químico (alcoholismo), social y psicosocial (estrés, relaciones interpersonales).
- El período de incubación de estas enfermedades es largo (necesitan un largo período de exposición al riesgo).
- En general, la etiología no es microbiana, por tanto no se trata de enfermedades contagiosas.

La epidemiología analítica propone los siguientes objetivos para realizar investigación sobre este tipo de enfermedades:

- 1) identificar factores causales asociados al origen y evolución de la enfermedad
- 2) establecer una escala jerárquica de estos factores relacionados al grado de influencia en la misma y
- 3) establecer el carácter de factores asociados como determinantes favorecedores sinérgicos, antagónicos

Por otro lado es importante señalar que las enfermedades crónico-degenerativas afectan a todos los grupos socioeconómicos de la sociedad e imponen dos tipos de cargas por una parte afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y por la otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud generalmente de alto costo

Existe la idea de que la aparición de las enfermedades no transmisibles es consecuencia de un proceso biológico degenerativo inexorable que acompaña al envejecimiento que dicho proceso es generalmente irreversible y que por tanto no es mucho lo que se puede hacer desde el punto de vista de las intervenciones de prevención o tratamiento Sin embargo la evidencia científica disponible muestra que la probabilidad de padecer este tipo de enfermedades disminuye sustancialmente cuando se elimina o modera la exposición a los factores de riesgo y que hoy existen tratamientos efectivos que disminuyen sus complicaciones y su letalidad (Escobar Petrásovits Peruga, Silva, Vives y Robles 2000)

Por lo tanto la enfermedad **crónico-degenerativa** puede ser definida como aquel trastorno orgánico de funciones que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo Una gran variedad de factores ambientales (entre los que incluyen los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental el estrés la accidentalidad, etc) junto con los factores hereditarios pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades (Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994)

Cabe señalar que algunas enfermedades crónicas afectan diversos aspectos del estilo de vida individuales ya que conducen a realizar cambios permanentes o intermitentes en

actividades físicas laborales o sociales. Posterior al diagnóstico de la enfermedad los pacientes frecuentemente experimentan cambios emocionales como ansiedad, ira, temor o negación. No obstante, el desequilibrio emocional da como resultado diversas variables psicológicas relacionadas con la personalidad y las estrategias de afrontamiento, y que implican experiencias previas y el conocimiento acerca de la enfermedad.

Las experiencias previas relacionadas con la enfermedad dan lugar a la percepción de amenaza o gravedad del padecimiento, de tal modo que los factores comportamentales y actitudinales, así como las características individuales implicadas en el estilo de vida, lograrán el manejo o control de la enfermedad.

Existen pocas investigaciones enfocadas a las emociones negativas producidas por las enfermedades crónicas, aunque se sabe que contrariamente a lo que se esperaba, algunas personas experimentan reacciones positivas tales como gozo u optimismo (Levy, Lee, Bagley y Lippman, 1998). Estas reacciones pueden ocurrir debido a que la persona percibe a la enfermedad crónica como una oportunidad, de tal manera que pueden reordenar sus prioridades y encuentran valor significativo en las actividades cotidianas. Sin tener en cuenta el por qué suceden estas reacciones positivas, se ha encontrado que benefician significativamente el control del padecimiento y en ocasiones, como por ejemplo, en el caso del cáncer, la recuperación de la salud.

Definitivamente la Psicología de la Salud surge no sólo para atender los efectos potencialmente protectores de emociones positivas, sino que desarrolla estrategias que integran diversas variables psicológicas, biológicas y sociales, aportando un conocimiento integral de los padecimientos físicos y emocionales que implica a todos los procesos salud-enfermedad. Por lo que a continuación se abordan los factores biológicos, psicológicos y sociales de la diabetes mellitus de manera detallada.

4 LA DIABETES MELLITUS Y LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN LOS PACIENTES QUE LA PADECEN

4.1 Antecedentes

Desde la segunda mitad del siglo XX la *Diabetes Mellitus* se ha convertido en un problema de salud mundial. Se calcula que la prevalencia de esta enfermedad en personas de 20 a 79 años de edad en los países miembros de la Federación Internacional de Diabetes (que representan 5.5 miles de millones de habitantes del mundo) es de 4.6% a la fecha, porcentaje que se incrementará a 5.4% para el año 2025.

Se considera que de 1994 a 2010 la cantidad de personas con diabetes aumentará de 110 a 239 millones en el mundo. Este aumento se atribuye al incremento en la detección de casos, a mayor esperanza de vida y a los cambios en los hábitos y costumbres de la población de los países en vías de desarrollo.

Desde hace aproximadamente noventa años los patrones de la Diabetes Mellitus han cambiado sustancialmente en los países desarrollados. Mientras que la prevalencia de las enfermedades agudo – infecciosas ha disminuido de manera significativa debido a los avances en la prevención y el tratamiento de dichos trastornos, así como en los cambios ocurridos en el modelo de salud pública, de otra parte se ha producido un incremento considerable de las denominadas enfermedades prevenibles tales como el cáncer, los trastornos cardiovasculares y evidentemente la Diabetes Mellitus entre otros (Brannon y Feist, 2001).

Se trata de enfermedades en las que el papel de los factores comportamentales y los estilos de vida se han puesto cada vez más de manifiesto. Califano (1979, citado en Beneit y Latorre, 1995) planteaba, desde la década del 70, que siete de las principales causas de muerte podrían disminuir considerablemente si se intervenía sobre conductas tales como el consumo de tabaco y alcohol, los hábitos de alimentación, el ejercicio físico, la adherencia a los tratamientos médicos y la realización de exámenes periódicos de salud. Puede afirmarse que la presencia o ausencia de ciertos comportamientos en el

repertorio habitual de las personas parecen propiciar un riesgo más elevado de trastornos graves de salud (Matarazzo 1984)

La Diabetes Mellitus es el trastorno metabólico más común en el ser humano constituye una de las principales causas de morbi mortalidad en nuestro país y tiene enormes repercusiones económicas y sociales. La prevalencia se estima entre el 1 y el 3% de la población general elevándose del 5 al 10% en mayores de 40 años (Datos suministrado por el Sistema Regional de Salud Metropolitana)

Se cuenta con la información de que en las últimas décadas el número de pacientes Diabéticos Tipo II se incrementó en forma significativa en México lo que repercute en todas las instituciones de salud al constituir una de las causas principales de consulta médica y de admisión hospitalaria. Es posible que el mexicano tenga una mayor predisposición genética para el desarrollo de la enfermedad y el cambio de sus hábitos de vida, caracterizados por un mayor sedentarismo y sobrepeso se acompaña con un aumento en la prevalencia de diabetes como ocurre en las grandes ciudades mexicanas y en la población nacional que migró al sur de los Estados Unidos (Lerman Garber 1994)

Según informes del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP 2002) México ocupa el primer lugar en el mundo de muertes por diabetes enfermedad íntimamente relacionada con la obesidad. El 80% de los diabéticos del país tiene sobrepeso y el 30% de los obesos tienen problemas para normalizar sus niveles de glucosa en sangre. Además de los decesos ocasionados directamente por este mal al menos la tercera parte de las muertes por enfermedades del corazón están asociadas con la diabetes. El sobrepeso como ya se mencionó es determinante en la aparición de la diabetes afecta el 8.6% de la población mayor de 20 años mientras que en las personas entre 50 y 60 años de edad la prevalencia es de 22%. En cuanto a la mortalidad en México pierden la vida por este padecimiento más del doble de personas que en cualquiera de los países europeos razón por la que este país se ubica en primer lugar en este rubro en el ámbito mundial.

Los pacientes con diabetes y obesidad mueren por diversos males asociados con problemas del riñón niveles de colesterol e hipertensión arterial entre otros males. En

México el 35% de la población adulta es obesa, pero en los estados del norte del país y en Yucatán la prevalencia es de hasta 60%. Después están las zonas centro y sur de la República, de ahí la importancia de abordar el problema del exceso de peso y ampliar la promoción de la alimentación balanceada y el ejercicio físico.

Ahora bien, el diagnóstico de diabetes se establece con base en parámetros clínicos y de laboratorio. Alrededor de 30 a 40% de la población diabética no es consciente de ello; esto es, no saben reconocer los síntomas o no se toman una muestra para la determinación de glucosa en sangre. Ante esta perspectiva, su elevada prevalencia, una aparición a edades relativamente tempranas, un diagnóstico que se establece en forma tardía y tratamiento probablemente inadecuado, es de esperarse una mayor frecuencia de complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus (Lerman Garber, 1994).

En Estados Unidos la prevalencia de diabetes es del 7.0%, siendo el tercer país con mayor prevalencia, luego de India y China. Otros estudios reflejan que los latinos sufren más de diabetes que la población general de Norteamérica, y en la población mexicana, americana y puertorriqueña, esta enfermedad es hasta 2 a 3 veces más común. Para el año 2000, en Latinoamérica y el Caribe se estimó que sobre 19 millones de personas la padecen (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Este padecimiento afecta al 10% de la población mundial, según cifras de la OMS. Las posibilidades de contraerla aumentan a medida que una persona se hace mayor, de modo que por encima de los setenta años la padece alrededor del 15% de las personas (www.americanheart.org).

En Panamá, según cifras suministrada por el Departamento de Planificación, sección de registros médicos y estadísticas del Ministerio de Salud, se reportaron a Nivel Nacional un total de 8,285 casos diagnosticados con diabetes para el año 2009, de los cuales 2,531 corresponden a la población masculina y 5,754 casos a la población femenina; en el 2010 las cifras aumentaron a 13,640 casos, de los cuales 4,063 corresponden al sexo masculino y 9,577 al sexo femenino, siendo la población femenina la que mantiene los más altos índices. Las Regiones con mayor índice de casos reportados de diabetes en los años 2009 y 2010 son Chiriquí 1,816, San Miguelito 1,422 y Panamá

Oeste 1 288 casos en el 2009 En el año 2010 Chiriquí con 3 078 Panamá Metro 2 781 y Panamá Oeste 1 383 La diabetes ocupa el segundo lugar dentro del cuadro de enfermedades crónicas que maneja el Ministerio de Salud a Nivel Nacional (Información suministrada en entrevista al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud)

Un estudio realizado en el año 2008 en diez corregimientos del Distrito de Panamá con una muestra de 268 persona adultas de 20 años y más evidencia que la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en su conjunto representaron el 68 7% en adultos y 65 90% en los adultos mayores La obesidad es una enfermedad que influye no solo en un sistema, sino en el organismo completo causando repercusiones en el entorno biológico psicológico y social sirviendo de gatillo para el desarrollo de una o más enfermedades crónicas las cuales sumadas a la obesidad, aumentan el estado mórbido de las personas disminuyen su calidad de vida y producen discapacidad física, desencadenando así un circulo vicioso que conlleva al aumento del riesgo de muerte de las personas que la padecen Es un trastorno metabólico crónico asociado a numerosas comorbilidades como la enfermedad cardiovascular (ECV) enfermedad coronaria (EC) diabetes mellitus tipo 2 (DM) hipertensión arterial (HTA) determinados tipos de cáncer (CA) La probabilidad del desarrollo de complicaciones de la obesidad varía en relación con el sexo y el grupo étnico En mujeres el riesgo de desarrollar diabetes es superior al de HTA o colelitiasis En hombres obesos afroamericanos el riesgo de HTA es superior al de DM (Mc Donald A y Bernal M 2010)

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la existencia de una relación entre la obesidad y la Diabetes Mellitus Más del 70% de los diabéticos tipo 2 son obesos un 13% de personas con índice de masa corporal (IMC) superior a 35kg/m el aumento de IMC eleva de forma exponencial el riesgo de padecer Diabetes Mellitus (Mc Donald, A y Bernal M 2010)

Desde hace aproximadamente noventa años los patrones de la Diabetes Mellitus han cambiado sustancialmente en los países desarrollados Mientras que la prevalencia de las enfermedades agudo – infecciosas ha disminuido de manera significativa debido a los avances en la prevención y el tratamiento de dichos trastornos así como en los cambios

ocurridos en el modelo de salud pública, de otra parte se ha producido un incremento considerable de las denominadas enfermedades prevenibles tales como el cáncer los trastornos cardiovasculares y evidentemente la diabetes mellitus entre otros (Brannon y Feist, 2001)

Ahora bien, en este sentido se plantea el reto de evitar las complicaciones de la diabetes especialmente la hiperglucemia crónica asintomática, que consiste en niveles de glucosa por encima del rango normal (120 mg/dl) a causa de la deficiencia de insulina y que no representa ninguna señal. Corregirla, reducir su duración y sus efectos es el objetivo final del tratamiento en el que la nutrición es un elemento crucial. Sin embargo el hecho de que la enfermedad se mantenga sin presentar síntomas durante muchos años y que no sea detectada a tiempo hace que los pacientes desconozcan que la padecen, limita e impide la búsqueda del tratamiento adecuado y que aun sabiéndose enfermos no acudan a los servicios de salud o lo hagan de manera irregular. Por tratarse de un padecimiento incurable las personas con diabetes deben recibir tratamiento durante toda la vida, lo que determina que con el tiempo la mayoría deserten tengan poco apego al mismo hecho que conduce a un deficiente control metabólico de la enfermedad.

Para la persona con diabetes la enfermedad obliga a modificar hábitos y costumbres arraigados durante toda la vida y a cambiar gustos y prioridades en aspectos de difícil control como la alimentación y el ejercicio. Los pacientes con diabetes deben asistir a consulta, cumplir con las indicaciones médicas y llevar métodos de control metabólico (glucemia, presión arterial perfil de lípidos) para prevenir la aparición de complicaciones crónicas. En caso de que éstas ocurran, el manejo incluye la participación de especialistas (oftalmólogos nefrólogos neurólogos) y el uso de instalaciones y equipo a un costo elevado. Podemos afirmar que el diagnóstico de padecer diabetes produce un impacto importante en las personas presentando una reacción emocional importante al saber que padece una enfermedad incurable que durará toda la vida, además implica también cambios en el estilo de vida que impone esta enfermedad.

En resumen, en nuestro país al igual que en todo el mundo la diabetes es un importante problema de salud por sus altos índices de mortalidad y morbilidad además

del impacto emocional en la población. Su enfrentamiento efectivo sólo es posible mediante un abordaje integral que incorpore el enfoque epidemiológico y que tenga por objetivo principal la prevención de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables. Por lo que a continuación se abordarán en detalle los factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con esta enfermedad, partiendo de un enfoque diferente (modelo bio psico social) que permite observar de manera integral esta enfermedad y a quienes la padecen.

4.2 Definición de Diabetes Mellitus

Fisiopatología de la Diabetes

El término **diabetes** significa sifón y alude claramente al exagerado volumen de orina que se expulsa. La aparición de dicho término se atribuye a Areteo de Capadocia (Grecia 100 a. C.). La palabra **mellitus** (relativo a la miel) describe el sabor dulce de la orina y distingue a esta enfermedad de la diabetes insípida, en la cual se produce también mucha orina, pero sin sabor. Trastorno poco común y que no tiene relación con la diabetes mellitus. En 1775 Dobson encontró que la presencia de azúcar en la orina explicaba el sabor dulce antes mencionado (citado en Díaz Nieto 1996).

Actualmente se considera que la diabetes se produce por una deficiencia en la acción de insulina que puede ser ocasionada, tanto por la ausencia o reducción de su producción como por la falta de sincronización en la secreción al torrente sanguíneo en respuesta al aumento de glucosa.

Se puede decir entonces que los pacientes con diabetes padecen una insuficiencia en la producción de la hormona. Su organismo al no detectar niveles apropiados de insulina, genera cantidades excesivas de glucosa a partir de las reservas y la que se obtiene por medio de la alimentación no se almacena y va a parar al torrente sanguíneo. Este exceso de glucosa en la sangre se desecha a través de los riñones. El paciente manifiesta un aumento excesivo tanto en la producción de orina como en el consumo de líquidos a su vez que adelgaza rápidamente. De no estabilizarse esta condición, las reservas obtenidas del glucógeno se agotan y entonces el organismo utiliza la energía que puede obtener de

convertir las grasas en azúcares por lo que en el torrente sanguíneo va no solamente glucosa, sino también una serie de cuerpos grasos que como puede suponerse pueden influir seriamente en el aparato circulatorio

Es decir la Diabetes Mellitus (DM) es un trastorno del metabolismo por el cual el organismo es incapaz de transformar la glucosa en energía útil a causa de una alteración de secreción de insulina, la consecuencia inmediata es la hiperglucemia o exceso de glucosa en sangre. La insulina es una hormona producida por las células beta del páncreas y es la encargada de regular los niveles de glucosa en sangre (Polaino Lorente y Roales Nieto 1990)

4.3 Síntomas y Diagnóstico

Según Rickheim Flader y Cartensen (2000) la sintomatología fundamental de la diabetes se caracteriza por

- **Polidipsia** consiste en que el diabético para compensar la pérdida de agua por la orina, tiene mucha sed, incluso por las noches

Poliuria para que la glucosa pueda eliminarse por la orina, es necesario que se disuelva en cantidades importantes en agua. Por esta razón el diabético orina en grandes cantidades. A este efecto se le llama Poliuria.

Hiperglucemia se acumulan grandes cantidades de glucosa en la sangre por la falta de insulina. Las células piden energía y el organismo las envía desde los depósitos de glucosa. A esta elevación del nivel de glucosa en la sangre se le denomina hiperglucemia.

- **Glucosuria** ocurre cuando la glucosa se eleva en la sangre por encima de un determinado nivel ésta aparece en la orina.
- **Polifagia** se presenta cuando al no poder ser sintetizada la glucosa, las células reclaman energía y el cuerpo trata de compensarlo aumentando la cantidad de alimento ingerido. A este incremento en el apetito se le llama polifagia.

- **Cetonuria** ocurre cuando al no disponer las células de energía suficiente proporcionada por la glucosa, se tiene que recurrir a la energía que obtiene con la combustión de las grasas. El desecho de esta energía son los cuerpos cetónicos que se eliminan por la orina.
- **Adelgazamiento y cansancio** aunque el diabético coma más las células no tienen energía suficiente originándose la movilización de energías de reserva y por ello se produce el adelgazamiento debido a la alta combustión de grasas.

Las complicaciones agudas más frecuentes de la diabetes mellitus son el coma cetoacidótico (crisis hiperglucémicas) y el choque insulínico (crisis hipoglucémicas). La diabetes predispone a padecer otras enfermedades. Así comparados con la población general los diabéticos tienen dos veces más probabilidad de padecer del corazón o sufrir un infarto, 17 veces más probabilidad de sufrir problemas renales, 20 veces más probabilidad de padecer gangrena y 25 veces más probabilidad de quedar ciego. El diabético tiene el pronóstico de crónica, por lo que no tiene curación, pero sí un tratamiento que permite a la persona llevar una vida casi normalizada (Jiménez Jiménez 1998).

- **Complicaciones agudas y crónicas**

Con relación a las complicaciones que provoca la diabetes en el organismo encontramos las agudas y las crónicas (Universidad de Virginia Health System 2004).

a) Complicaciones Agudas

Cetoacidosis diabética se acumulan cuerpos cetónicos en la sangre que resulta de una diabetes grave no controlada, produce hospitalización, estado de coma e incluso la muerte.

- **Hiperglucemia** es una cantidad excesiva de glucosa en sangre por poca respuesta de la insulina. Se provoca la resistencia de ésta a un aumento en el consumo de alimentos. Puede traer como consecuencia la pérdida de peso, micción frecuente y aumento en sed.

Neuroglucopenia síntoma neurológico de hipoglucemia que se relaciona con un aporte insuficiente de glucosa al cerebro

b) Complicaciones Crónicas

Enfermedades Macrovasculares Son la cardiopatía coronaria, la vasculopatía periférica, la enfermedad cerebro vascular y que tienen mayor incidencia en la diabetes tipo I. Estas alteraciones están relacionadas con la hipertensión arterial y las dislipidemias que son trastornos genéticos en el metabolismo de los lípidos.

Enfermedades Microvasculares Son las complicaciones oculares (retinopatía), la nefropatía y la neuropatía como resultado del daño ocasionado a los vasos sanguíneos pequeños y grandes, pares craneales y nervios periféricos, piel y cristalinos oculares que han sido afectados por el paso del exceso de glucosa en la sangre. Producen gangrena, ceguera, insuficiencia renal y lesiones en el sistema nervioso central y periférico, además la amputación de extremidades inferiores, el infarto del miocardio y eventos cerebrales vasculares.

La Diabetes se diagnostica midiendo la cantidad de glucosa en la sangre (Glucemia). La forma ideal es medirla en la sangre venosa y con la persona en ayunas. A esta cifra la denominamos Glucemia Basal. La cifra de glucosa en sangre se considera normal cuando es menor de 110mg/dl.

Hablamos de Diabetes Mellitus tomando los siguientes criterios:

- La glucemia en ayunas en plasma venoso es mayor o igual 126 mg/dl (7 mmol/l) al menos en dos ocasiones.
- Hay síntomas de diabetes y una glucemia al azar en plasma venoso mayor o igual 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Aunque no se esté en ayunas. No es necesaria una segunda determinación.
- La glucemia en plasma venoso a las 2 horas de la Prueba de Sobrecarga oral con 75 g de glucosa es mayor o igual a 200 mg/dl (11.1 mmol/l).

4.4 Tipos de Diabetes

Al igual que otras enfermedades crónicas la *diabetes mellitus* se clasifica en tres tipos de diabetes según Rickheim Flader y Cartensen (2000)

a Diabetes Mellitus Tipo I, se presenta cuando el sistema inmunológico destruye las células que producen la insulina en el páncreas. Las células dejan de producir insulina, esto significa que el cuerpo no puede utilizar la glucosa para obtener energía. Las personas con diabetes tipo I necesitan inyecciones de insulina todos los días para sobrevivir. La diabetes tipo I puede comenzar a cualquier edad. Generalmente se presenta en niños o en adultos jóvenes menores de 30 años.

La diabetes tipo I es un padecimiento que comienza desde los inicios de la vida, por lo que el individuo está obligado a tener un estilo de vida saludable desde los primeros años con el apoyo de la familia y el equipo de salud. Si bien la diabetes tipo I ha sido objeto de diversas investigaciones clínicas y psicosociales se sabe que es una enfermedad que permite al individuo un desarrollo de habilidades de manera compleja por medio de los hábitos de autocuidado. Sin embargo no da lugar a crisis vitales tan agudas en los individuos como en las personas que son diagnosticadas con diabetes tipo II quienes deben modificar su estilo de vida.

En el aspecto biológico este tipo de diabetes resulta ser mucho más severa que la tipo II debido a que la falta de producción de insulina o la alteración en las células beta del páncreas produce daños microvasculares prematuros y riesgo de cetoacidosis diabética desde temprana edad. Este tipo de diabetes representa sólo el 10% de la población que padece la enfermedad y que es tratada, principalmente mediante inyecciones de insulina, educación en diabetes impartida a la familia y al individuo, tratamiento farmacológico y habilidades de autocuidado.

b Diabetes Mellitus Tipo II, se presenta cuando el páncreas no produce suficiente insulina o el cuerpo no puede usarla correctamente. El cuerpo 'resiste' la acción de la insulina. La glucosa no entra muy bien en las células del cuerpo. La diabetes tipo II es más común en personas mayores de 45 años pero también puede presentarse en niños.

La diabetes tipo II ocurre comunmente (alrededor del 90% del total de personas que viven con diabetes son tipo II) después de los 40 años y se considera menos severa que la tipo I ya que el cuerpo produce insulina, la cual resulta no ser suficiente para la metabolización de la glucosa o bien, la calidad de la misma es deficiente. La mayoría de las personas con diabetes tipo II son obesos (alrededor del 60%). Además es una enfermedad más común en las mujeres y en individuos de bajos niveles socioeconómicos (American Diabetes Association 1999)

c Diabetes Gestacional. En este tipo de diabetes se ha observado que los cambios hormonales del embarazo requieren más insulina de la que el cuerpo puede producir. Después del parto la glucosa en la sangre vuelve al nivel normal en la mayoría de las mujeres. Las mujeres que tuvieron diabetes gestacional corren el riesgo de tener diabetes tipo II más adelante en la vida.

d Otras formas de diabetes condiciones variadas que consisten básicamente en formas específicas genéticas de diabetes o diabetes asociada con otras enfermedades o el uso de fármacos. Entre las más comunes están las enfermedades del páncreas y el uso de corticoides en algunos tratamientos.

e Metabolismo Alterado de la Glucosa Existen algunas situaciones clínicas intermedias entre la normalidad y la diabetes confirmada, se conocen como situaciones de Metabolismo Alterado de la Glucosa, actualmente se ha vuelto a rescatar para denominarlas el término prediabetes que estuvo abandonado durante algunos años.

Se ha señalado que la diabetes es causada por daños virales o bacteriológicos del páncreas así como por la producción de células de insulina, además de existencia de una influencia genética substancial. Sin embargo es claro que otros factores pueden estar implicados en el comienzo de la diabetes y algunos de ellos aun se desconocen. Es posible por ejemplo que los hábitos alimentarios están directamente relacionados con este padecimiento pues el exceso en el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, lípidos y glucosa, degeneran paulatinamente las funciones del organismo al exceder los alcances de la producción de sustancias necesarias para su digestión.

4.5 Tratamientos

Por la naturaleza irreversible de sus causas la diabetes mellitus es una enfermedad que hasta la fecha no es curable es decir el individuo padecerá toda la vida el trastorno. Sin embargo es preciso señalar que esta alteración puede controlarse siempre y cuando se pongan en práctica una serie de medidas conductuales. Aunque el grado de control que se puede lograr es variable en la mayoría de los casos es suficiente para permitir una vida relativamente normal.

El objetivo fundamental en el manejo y tratamiento de la diabetes independientemente del tipo es favorecer la utilización adecuada de glucosa durante las 24 horas del día. Esto evita trastornos metabólicos secundarios y con ello las complicaciones y el deterioro del estado general.

Son varios los aspectos que deben vigilarse para obtener un estado óptimo de bienestar que permitan al paciente desarrollar sus actividades habituales. De gran importancia es el conocimiento por parte del paciente del porqué de su enfermedad así como de cada uno de los detalles relacionados con su control tanto de los factores desencadenantes como de las medidas adecuadas para corregir aquellas variaciones en su estado de salud.

Las medidas terapéuticas por llevar a cabo dependerán fundamentalmente del tipo de diabetes de que se trate existen, sin embargo medidas que se pueden considerar generales y aplicables a todos los casos entre las cuales se encuentran el plan de alimentación el ejercicio físico y los medicamentos. A continuación se describen estos.

a) Plan de Alimentación

Implica la selección de los alimentos adecuados el consumo de la cantidad correcta de hidratos de carbono diariamente y la programación apropiada de las horas de comida. Cabe señalar que el plan de alimentación permite una adecuada regulación de la cantidad y calidad de hidratos de carbono consumidos por el individuo ya que pueden hacer innecesario el tratamiento con medicamentos. Por otro lado durante el tratamiento con insulina resulta muy difícil mantener dentro de límites razonables la concentración de

glucosa en la sangre sin tener en cuenta la calidad y cantidad de alimentos que ingiere la persona. Además, las complicaciones más frecuentes de la diabetes (por ejemplo, las lesiones vasculares degenerativas) exigen también una estricta vigilancia de dicho plan de alimentación.

b) Actividad y ejercicio físico

En principio, el ejercicio es tan importante para las personas sanas como para las personas que padecen diabetes, pero en el caso de estos últimos es un útil factor de reducción de glucosa sanguínea, a pesar de que aun no se conocen los mecanismos exactos mediante los cuales aumenta la absorción de glucosa en el músculo.

c) Tratamiento farmacológico

Para las personas que padecen diabetes tipo II es probable que no se requiera la administración de insulina, ya que suelen tener una capacidad latente de secreción de la misma, los medicamentos indicados actúan sobre la síntesis y la liberación de ésta y mejoran la absorción de la glucosa. En el caso de los individuos que padecen diabetes tipo I es indispensable la administración de insulina exógena por medio de inyecciones periódicas.

d) Terapéuticas curativas

En el modelo bio-médico se encuentran las medidas conocidas como terapéuticas curativas, en las que se realizan trasplantes de páncreas que requieren tratamiento inmunosupresivo agresivo y cuyos resultados hasta ahora no son espectaculares. Se puede justificar su realización exclusivamente en centros muy especializados y cuando coincide con la necesidad de un trasplante renal. El trasplante de islotes pancreáticos aun se encuentra en fase experimental y es probable que su costo no sea accesible a la población en general.

Para más del 95% de los pacientes, las alternativas terapéuticas seguirán siendo las actuales y el éxito del tratamiento dependerá de su motivación y del cumplimiento del esquema terapéutico (Lerman Garber, 1994).

e) Manejo del estrés

Aun cuando las manifestaciones perjudiciales del estrés son reconocidas en la práctica clínica de la diabetes en la actualidad es un componente descuidado dentro de la terapéutica médica para dicho padecimiento

4.6 Consecuencias Psicológicas que conlleva la enfermedad

El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto significativo emocional en la persona que lo recibe y su reacción muchas veces se va a ver afectada por múltiples variables como su personalidad, cómo se presenta la información, el historial familiar de diabetes y mitos o información contradictoria que tiene la persona acerca de la diabetes (Edelwich & Brodsky 1998) Las reacciones iniciales también tienden a diferir según el tipo de diabetes

Por ende la forma en que los/as profesionales de la salud comunican el diagnóstico de diabetes va a ser bien importante tanto para facilitar la aceptación del paciente como para minimizar el riesgo de que el paciente active mecanismos de defensa como la negación o la minimización de la seriedad del diagnóstico

Se ha comprobado y ya es de conocimiento popular que el estrés interfiere con el aprendizaje Por dicha razón, es importante ayudar al/la paciente a manejar adecuadamente el impacto emocional del diagnóstico con el fin de poder comenzar con la educación en diabetes que va a requerir el/la paciente para manejar su condición

Se estima que más del 95% del cuidado de la diabetes es responsabilidad del paciente ya que constantemente a lo largo de un día el/la paciente debe realizar tareas de autocuidado y/o tomar decisiones relevantes con respecto a la enfermedad Este nivel de intensidad de tratamiento ha llevado a muchos/as investigadores/as a cuestionarse cuál es el impacto psicológico de la diabetes en la persona que la padece y cómo se afecta la calidad de vida.

Algunos de los factores que podrían tener un impacto psicológico y afectar la calidad de vida del paciente de diabetes son la complejidad e intensidad de las tareas de

autocuidado la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia (ej cansancio letargo sed) e hipoglucemia (ej mareo taquicardia, irritabilidad temblor) que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional (Rubin 2000)

Las investigaciones que comparan la Calidad de Vida reportada por adultos con diabetes y la población en general en su mayoría demuestran que adultos con diabetes con frecuencia reportan peor calidad de vida (Rubin 2000) Por otro lado se ha encontrado que una mejor calidad de vida en adultos con diabetes está asociada con mayor apoyo social autoeficacia, actividad física y ausencia de complicaciones de salud y trastornos psiquiátricos (Delamater 2000)

5 CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

En 1948 la OMS definió como salud el completo bienestar físico mental y social y no solo la ausencia de enfermedad Este concepto si bien es cierto ha evolucionado no es nuevo Es el nombre nuevo a un antiguo concepto contenido en el bienestar general (Sala, V 2000)

La Calidad de Vida incluye un estado de salud funcional la percepción de buena salud satisfacción con la vida y la habilidad para competir Tanto la percepción general de salud, como la vitalidad el dolor y la discapacidad pueden ser influenciadas por las experiencias personales y la expectativas de una persona.

Considerando que las expectativas de salud el soporte social la autoestima y las habilidades de competir con limitaciones pueden afectar la Calidad de Vida, dos personas con el mismo estado de salud, tienen diferente percepción personal de salud y satisfacción con la vida. (Velarde E 2001)

El problema al momento de definir el concepto radica en que la Calidad de Vida es un macro concepto integrador de diferentes disciplinas que involucra elementos tan

diversos y complejos como la satisfacción de los recursos propios y sociales el ajuste con las creencias las percepciones las expectativas y los logros personales (Sala, V 1998)

Flanagan J en un artículo publicado en 1982 y que título *Quality of Life Scale* enumera 15 componentes del concepto Calidad de Vida

- Confort material
- Salud y seguridad personal
- Relaciones Familiares
- Hijos/ nietos
- Relaciones Maternales
- Amistades
- Aprendizaje
- Comprensión de uno
- Trabajo
- Auto expresión creativa
- Ayuda a los demás
- Participación en asuntos publicos
- Socialización
- Actividades de descanso
- Actividades recreativas

Como apreciamos para Flanagan son tan variados los elementos que se relacionan con la Calidad de Vida que podemos decir que estamos envueltos de manera cotidiana en

actividades que generan en nosotros un sentido de bienestar general y que determinan nuestra percepción. Estos 15 elementos pueden guiar la investigación y modificar en alguna forma la manera como se orientan programas institucionales.

No es fácil comprender este concepto en todas dimensiones y un poco más difícil aun su evaluación. Es necesario contar con un sustrato teórico que permita la comparación entre diferentes pacientes en distintas fases de sus tratamientos. La ausencia de un modelo de un modelo teórico que provea de una base para la medición, la predicción, la explicación y la intervención fuera de límites empíricos, continua siendo un impedimento en la investigación actual de la calidad de vida. Su definición conceptual y operacionalización se han convertido en una tarea muy difícil, dada la complejidad de su propia naturaleza, lo que condiciona que en las distintas investigaciones realizadas aparezca definida de forma ambigua y puede ser confundido con muchos otros términos, especialmente el de bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad.

Otro de los problemas al momento de definir Calidad de Vida, es la importancia dada a los indicadores subjetivos u objetivos o si deben identificarse o no los indicadores de evaluación social o individual. En los últimos años han sido criticados los estudios de calidad de vida basados en datos exclusivamente objetivos por brindar una información descriptiva y sesgada al no incorporar la dimensión subjetiva psicosocial.

Las tendencias actuales hacen énfasis en conceptualizar la Calidad de Vida como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de vida, y por tanto dependen de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno. Los modelos contemporáneos actuales subrayan el papel de la satisfacción que surge del bienestar físico y psicológico y que requieren mediciones subjetivas, no por ello menos acertadas o científicas (Eiser Ch. 1995).

Para la psicología, la Calidad de Vida se convierte en un constructo básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria, o sea, que aunque valora los componentes del bienestar soportados sobre bases materiales, se centra en la percepción y estimación de estos factores materiales en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes

de la misma. Renunciar a uno de los dos polos o enfoques entorpecería la evolución teórica de este constructo y por ende el propio desarrollo científico de las investigaciones (Abreu, María del C y otros 2005)

Para los efectos de esta investigación nos centraremos en el concepto de Calidad de Vida relacionado con la salud, más que a otros aspectos que podrían estar relacionados a ella, esto debido a la influencia que tienen los tratamientos médicos en los pacientes con diabetes.

5.1 Calidad de Vida y Salud

Entendemos que Calidad de Vida relacionada con la salud es la concerniente al impacto de una enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario, el bienestar físico, emocional y social, luego del diagnóstico y procedimiento médico. Se relaciona además al impacto de la salud percibida en la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria. Por otro lado, la Doctora Laura A. Schwartzmann de la Facultad de Medicina de la Universidad de Uruguay define este concepto como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (Schwartzmann L. 2000). Por esto, el concepto de Calidad de Vida relacionado con la Salud es una noción multidimensional.

5.2 Calidad de vida en personas que padecen de alguna enfermedad crónica

La Calidad de Vida es un juicio subjetivo del grado en el que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, el bienestar personal. Está estrechamente relacionado con determinados indicadores de tipo biológico, psicológico, comportamental y social (Diener 1984).

Respecto a la relación entre la Calidad de Vida y la enfermedad, se sabe que toda enfermedad tiene un efecto global inespecífico sobre la calidad de vida de la persona enferma, determinando su impacto sobre las funciones generales del individuo y capturando la variedad de las disfunciones asociadas a la mayor parte de las enfermedades.

La Calidad de Vida de la persona que padece alguna enfermedad crónica considera el nivel de bienestar y satisfacción vital de la misma, en cuanto a la afectación física y emocional por su enfermedad su tratamiento y sus efectos (Walker y Rosser 1987) Desde esta perspectiva, la calidad de vida del paciente crónico depende de su nivel de adaptación a la enfermedad y los aspectos estresantes (demandantes desequilibradores) para restablecer o quizás establecer una vida de mejor calidad en una buena situación de adaptación

Cuando se habla de la Calidad de Vida en enfermos crónicos se está hablando de cuál es su nivel de estatus funcional (adaptación funcional) en qué medida se adapta a la presencia de síntomas dolorosos o discapacitantes cuando los hay cuál es su nivel de adaptación psicológica (cognitivo-emocional-conductual) y cuál es su nivel de adaptación social y laboral todo ello valorado globalmente por la misma persona. Es así como la calidad de vida se ve como un constructo global frente a diversos componentes de la vida. En este caso se considera a la condición física de los pacientes su bienestar psicológico y la ejecución de actividades No obstante se incluyen también el funcionamiento y apoyo social como predictores de dicha calidad de vida Es decir la consideración global que integra la consideración fragmentaria que se ha tenido desde la perspectiva de la atención a la salud tradicionalista.

Por otra parte se encuentra la evaluación objetiva de la calidad de vida frente a la evaluación subjetiva. En este caso la objetividad puede referirse a circunstancias de la vida fácilmente percibidas o bien, al hecho de que la evaluación de la calidad de vida es realizada por otra persona y no por el enfermo mismo

La Calidad de Vida del enfermo crónico depende de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos de una y otro El enfermo crónico debe afrontar los aspectos estresantes (demandantes desequilibradores) de la enfermedad para conseguir restablecer (o quizás establecer) una vida de la mejor calidad posible que implica una buena situación de adaptación

En este caso la adaptación incluye acciones rutinarias y automáticas que precisan de poca atención o esfuerzo para su realización mientras que el concepto de afrontamiento

hace referencia al proceso de búsqueda de recursos potenciales y movilización de esfuerzos. Por tanto, el término adaptación desde una perspectiva psicológica se refiere a la capacidad del sujeto para mantener niveles óptimos en su calidad de vida y en su funcionamiento social (Rodríguez Marín, 1995).

5.3 Calidad de Vida y Diabetes

La Calidad de Vida de una persona con diabetes tipo II dependerá de las habilidades de autocuidado, del apego al tratamiento y de la prevención o adaptación a las complicaciones que se presentan durante la evolución de la enfermedad.

Ahora bien, la Calidad de Vida del individuo incluye un nivel de conocimientos respecto a la enfermedad, las habilidades sociales y la sensación de bienestar de sí respecto a los niveles de glucosa en la sangre. El concepto de calidad de vida implica un juicio subjetivo. Sería un error sostener que la calidad de vida depende del nivel socioeconómico o estatus de la persona, ya que se ha encontrado que no se necesitan demasiados recursos económicos para alcanzar una calidad de vida saludable.

Aunque se ha probado que la Calidad de Vida está definida por las complicaciones que el individuo presenta en un momento determinado, también se toma como referencia la frecuencia y gravedad de los síntomas de la diabetes.

La Calidad de Vida en las personas que padecen diabetes puede ser medida de manera confiable. Ya desde hace varios años se han desarrollado instrumentos que permiten la medición de variables psicológicas relacionadas con la diabetes, tales como la calidad de vida, el manejo del estrés y el afrontamiento (Angermeyer, Kilian y Meils, 1999).

Los estudios han mostrado que la Calidad de Vida en los adultos con diabetes tiene un impacto positivo por el incremento de la actividad física y el adecuado soporte social y emocional (Glasgow, Ruggiero, Eakin, Dryfoss y Chobanian, 1997). Así que la mejora de la calidad de vida también ha sido demostrada después de la intensificación de regímenes de insulina, que es un efecto atribuido a los pacientes muy flexibles en actividades físicas y buen desempeño en el plan de alimentación (Chantelau, Schiffers

Schutze y Hansen 1997) De lo anterior se deduce que la calidad de vida en ocasiones también se ve afectada por la presencia de alteraciones psiquiátricas y complicaciones en la salud, así también como por el cumplimiento físico y los problemas acerca del futuro

En resumen las investigaciones han demostrado que la Calidad de Vida se ve disminuida cuando las conductas de autocuidado están relacionadas con la percepción de amenaza, (Watkins Connel Fitzgerald Klem, Hickey e Ingersoll Dayton 2000) y que cuando se usaron como medida los resultados del tratamiento los estudios indicaron que la calidad de vida medible en la enfermedad específica es sensible a modificarse en cualquier momento a diferencia de la calidad de vida de la población general (Anderson Fitzgerald Wison, Davis e Hiss 1997)

Por otra parte en un estudio realizado por Rose Fiege Hidebrandt, Schirop y Klapp (2002) cuyo objetivo fue conceptualizar las variables psicológicas que influyen en la calidad de vida y el control metabólico de las personas que padecen diabetes se comprobó que las metas del tratamiento para evitar complicaciones están íntimamente relacionadas y que interactúan de manera bidireccional de tal forma que el control metabólico permite una buena calidad de vida y asimismo la calidad de vida define el óptimo o deficiente control de los niveles de glucosa en la sangre

6 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

6.1 Ansiedad

La ansiedad se presenta como un fenómeno universal humano y se habla de ella hace más de 100 años Con este término nos referimos a los sentimientos de tensión o aprehensión que pueden surgir como resultado de estar expuestos a altos niveles de estrés Este último término estrés se refiere a 'propiedades objetivas del estímulo de una situación la amenaza alude a la percepción idiosincrásica que tenga el individuo de una situación particular como peligrosa física o psicológicamente (Spielberger 1972) De esta manera el estrés se refiere al conjunto de cambios que se observan en el organismo ante una sobre exigencia real del medio

Por su parte la ansiedad es 'una reacción emocional evocada cuando el individuo percibe una situación específica como amenaza, sin importar si existe algún peligro presente (Reynolds C y Richmond, B 1997) Así la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una situación amenazante sea esta más o menos probable

Siguiendo a Sandin y Chorot (1995) la ansiedad puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión)

Este es un mecanismo adaptativo y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes Sin embargo la ansiedad se torna clínica en las siguientes situaciones

- Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten
- Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales

Existe un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, ambas tienen la misma fenomenología, cogniciones neurofisiología y respuestas motoras de defensa o ataque

Una cantidad de ansiedad (normal) es necesaria para realizar ciertas tareas y para resolver problemas de un modo eficaz Existe además una relación simétrica entre nivel de ansiedad (visto como nivel de motivación) y rendimiento (desarrollo de una tarea, mecanismos de resolución de problemas)

Cuando hablamos de la relación entre ansiedad y rendimiento tenemos que reconocer que esta relación se da en forma de U invertida, según la Ley de Yerkes Dodson (1908)

un déficit de ansiedad conlleva una eficacia de acción baja, mientras que una ansiedad optima ante determinados problemas propicia el aumento de forma deseable de la ejecución o eficacia. Sin embargo la ansiedad excesiva o clinica actua interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano

La ansiedad, segun el DSM IV R y el ICD 10 es un conjunto de síntomas característicos que pueden manifestarse tanto en desórdenes específicos de ansiedad (ej desorden de ansiedad generalizada) como en otros desórdenes mentales (ej desórdenes de estado de ánimo) Algunos síntomas de ansiedad son nerviosismo fatiga, dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión muscular disturbios en el sueño preocupación excesiva o incontrolable y síntomas somáticos (ej náusea, vómitos dolor de cabeza)

Los síntomas de ansiedad, usualmente relacionados al estrés han demostrado estar significativamente asociados con una concepción negativa de la diabetes En particular una percepción de un numero mayor de síntomas presentes un mayor numero de complicaciones y menor control sobre la diabetes (Paschalides 2004)

6 1 1 Relación entre ansiedad y diabetes

Estudios médicos recientes han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre activando el circuito fisiológico característico del estrés Este circuito fisiológico de estrés existía en los seres humanos primitivos como un mecanismo de supervivencia y fue diseñado para situaciones de estrés a corto plazo

Cuando percibimos una situación de estrés el hipotálamo situado en nuestro cerebro segrega HLC (hormona liberadora de corticotropina) Esta hormona estimula la glándula pituitaria para que libere ACTH (adrenocorticotropina) que a su vez hace que las glándulas suprarrenales segreguen tres hormonas adicionales adrenalina, noradrenalina y glucocorticoide

La adrenalina y la noradrenalina aumentan la presión sanguínea y el ritmo cardiaco desvían el riego sanguineo del sistema gastrointestinal a los musculos y aceleran el tiempo de reacción (Harrison et al 1987) El cortisol libera glucosa de los depósitos

fisiológicos para proporcionar al cuerpo combustible inmediato lo que aumenta los niveles de glucosa en la sangre

La activación a largo plazo de este circuito fisiológico provoca enfermedades físicas y psicológicas crónicas y dañinas como las dolencias cardíacas las úlceras la obesidad, las adicciones la depresión los desórdenes específicos de ansiedad y la debilitación del sistema inmunológico Del mismo modo exacerba enfermedades existentes en la persona, como lo es primordialmente la diabetes y la predispone al desarrollo de complicaciones relacionadas con la condición

Estudios han evidenciado que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud (Paschalides 2004) Además el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas aumenten el sentido de control lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes ya sea normalizando sus niveles de glucosa, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento y/o incorporando paulatinamente la buena alimentación y los ejercicios en sus estilos de vida.

6.2 Depresión

La depresión mayor según el DSM IV R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y el ICD 10 (*International Classification of Diseases*) es un trastorno afectivo que se caracteriza por síntomas de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer que tiene una duración de dos semanas o más

Algunos síntomas físicos de la depresión son cambios en el sueño y el apetito fatiga o falta de energía y cambios en el aspecto psicomotor ya sea agitación o lentitud Otros síntomas de depresión incluyen sentimientos de minusvalía, impedimento en la capacidad de concentrarse indecisión y pensamientos recurrentes acerca de la muerte así como ideación o intentos suicidas

Estos síntomas causan impedimento marcado clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento social y ocupacional (American Psychiatric Association 2000 World Health Organization 2003)

6 2 1 Relación entre depresión y diabetes

La depresión aparenta ser uno de los desórdenes mentales que mayor comorbilidad presenta con la diabetes. El estudio más comprensivo sobre la asociación entre la diabetes y la depresión lo llevaron a cabo Anderson (2001). Estos/as investigadores/as realizaron un estudio meta analítico de 42 investigaciones sobre la comorbilidad entre la diabetes y la depresión, y encontraron que los sujetos con diabetes tenían una probabilidad dos veces mayor de padecer de depresión que los sujetos sin diabetes.

Alrededor de 1 en 4 pacientes con diabetes presentó un cuadro clínico de depresión lo suficientemente severo para ameritar intervención. En este estudio los/as autores/as reportan que la prevalencia de depresión en las mujeres con diabetes era significativamente mayor que la de los hombres (28% vs 18%). Múltiples estudios desde entonces reportan cifras parecidas. En resumen se estima que aproximadamente el 20% de los hombres con diabetes y el 40% de las mujeres con diabetes van a sufrir algún episodio de depresión en sus vidas (Lustman & Clouse 2004).

Existen varias hipótesis que se han propuesto en la literatura científica para explicar la posible relación entre la diabetes y la depresión. Estas van desde visualizar la diabetes como un estresor psicosocial que aumenta el riesgo de presentar depresión hasta explicaciones fisiológicas que asocian la diabetes con la depresión.

Una teoría para explicar la relación entre ellas es que la depresión puede ser una respuesta al estrés psicosocial causado por la diabetes y su manejo (ej. restricciones en la dieta, carga económica, fluctuaciones en el estado de ánimo por los síntomas de la diabetes). Por otro lado, cambios neuroquímicos (alteraciones en ciertos neurotransmisores) y neurovasculares asociados con esta patología sugieren que la depresión en la diabetes puede ser causada por cambios estructurales en el cerebro (Lustman, Griffith & Clouse 1997).

CAPÍTULO II

LA PSICOTERAPIA BREVE EN EL CAMPO DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

1 LA PSICOTERAPIA

La traducción literal de psicoterapia es 'tratamiento de la psique' lo cual supone que existe una psique en un estado de sufrimiento o insatisfacción y un terapeuta es alguien entrenado para ayudar al paciente a restablecer su equilibrio. La relación entre el paciente y el terapeuta es una relación especial que se denomina 'relación terapéutica' (Bernstein, 1994)

La Psicoterapia es una forma de tratamiento psicológico para problemas de naturaleza emocional donde una persona establece una relación profesional con un paciente para el logro de objetivos terapéuticos (Wolberg L. 1975)

Las condiciones por las que se establece esta especial relación deben caracterizarse por lo singular de esa unión, es decir debe lograrse por una forma no antes experimentada por los sujetos (Pipes R. Davenport, D. 1990)

Independientemente del tipo de psicoterapia que se establezca, hay algunos elementos comunes que deben asumirse en este proceso

- Toda psicoterapia, independientemente de su marco teórico y técnico comparten elementos comunes
- Todas las psicoterapias incluyen factores curativos
- Las emociones juegan un rol central en la psicoterapia
- El constructo 'self' es importante en la psicoterapia
- Las experiencias tempranas tienen un impacto en el desarrollo humano
- Las experiencias interpersonales negativas son por lo general la base de la patología.
- La relación terapeuta paciente es la llave del cambio

- La cultura y la familia juegan un rol central en la salud y la enfermedad (Pipes R Davenport, 1990)

Muchos autores coinciden que entre los elementos comunes de toda psicoterapia están

- Una relación emocionalmente cargada, que debe proveer un balance optimo de cambio y apoyo de forma tal que de la oportunidad para el desarrollo del *self* en la forma más sana posible
- Una nueva forma de ver los problemas (incluyendo una forma cognitiva de los mismos) y las potenciales soluciones a estos
- Reforzar el uso de nuevas formas adaptativas (enfrentamiento)
- Un terapeuta sirve como modelo y que refuerza nuevas aceptaciones de sí mismo

Estos cuatro procesos frecuentemente se traslapan y complementan unos con otros

La alianza terapéutica, entendida como ‘una alianza de trabajo que depende del terapeuta, el paciente y del encuadre’ (Greenson 1965 citado por Rivas L 2004) es también un factor fundamental en la psicoterapia de los pacientes con enfermedades crónicas por las regresiones que sufren y que hacen muy especial esta alianza de trabajo y que requieren de mucho cuidado en su manejo sobretodo en sus aspectos transferenciales

Toda psicoterapia se rige por principios como flexibilidad adaptabilidad, armonía, apoyo voluntariedad La meta de cualquier psicoterapia es aliviar al paciente de los sintomas que los perturban o librarlo de las características discordantes de su personalidad todo lo cual esta interfiriendo con su adaptación satisfactoria respeto al mundo y los eventos Por lo tanto esta tiene un trabajo reparador (Colby M apuntes 2001)

Una buena parte del trabajo terapéutico consiste en facilitar la expresión emocional de disgusto ansiedad o inconformidad con el medico y su tratamiento de forma tal que se

facilite el camino para la adhesión del paciente al proceso y a los médicos. Esto en ninguna forma significa aliarse y hacerse cómplice ya que sería perjudicial para el mismo.

El propósito de toda intervención psicoterapéutica con pacientes que sufren una enfermedad crónica es la de producir los cambios necesarios que permitan afrontar mejor su enfermedad y sus tratamientos. De esta forma mejoramos su percepción de calidad de vida relacionada a la salud y al mismo tiempo optimizamos sus niveles de ansiedad y depresión.

1.1 La Psicoterapia Breve: Origen y Desarrollo

La psicoterapia breve tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica ortodoxa. Según Bellak y Small (1970) la psicoterapia es una intervención verbal o de alguna otra manera, simbólica, de un terapeuta con un paciente guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente.

Independientemente de la variación de los marcos teóricos referenciales que pueden ser psicodinámicos, sistemáticos, cognitivos o conductuales, existen algunos núcleos comunes a todos los enfoques de la psicoterapia breve o focalizada, a saber:

- El objetivo de la terapia es la resolución del problema que le preocupa al paciente
- El proceso terapéutico toma la forma de un trabajo focalizado en el problema
- Los procedimientos terapéuticos están caracterizados por su flexibilidad
- El terapeuta desempeña un rol activo

Por lo tanto, más que su duración, son estos parámetros los que permiten delimitar el campo de las psicoterapias breves. La relación paciente-terapeuta está enmarcada, pues, por la flexibilidad del encuadre y en el centramiento de los aspectos problemáticos definidos por el motivo de consulta. El paciente y su problema ocupan el centro de la situación terapéutica, el terapeuta y su teoría se ubican en la periferia. (Díaz, 2007)

Tal cual lo estableció Malan en 1963 que en la psicoterapia de esta modalidad es necesario determinar un objetivo o área de trabajo en el cual se basa esencialmente la terapia, y que el terapeuta debe seguir

La conducción de la psicoterapia breve (no importa de que estemos hablando inclusive de la terapia de las relaciones objetales) no es necesario restringirla a una técnica psicodinámica exclusivamente (por ejemplo intervención silencio confrontación interpretación de sueños etc) tal cual nos dice Michael Stadter en 1996 el uso de intervenciones como la hipnosis o técnicas cognitivas Gestalt, o terapia de modificación puede ser el complemento de la teoría psicodinámica.

Strupp y Binder en 1984 (citado por Stadter) indicaron que muchas veces la terapia breve involucra técnicas que son similares a la reestructuración cognitiva. El enfoque de Horowitz y otros en 1984 claramente incluyen elementos similares a aquellos de la terapia cognitiva. Sin embargo es necesario estar atentos al efecto del rol directivo del terapeuta durante la psicoterapia breve Intervenciones no psicodinámicas pueden a menudo servir para hacer más expedito el progreso terapéutico en síntomas y temas muy particulares

La psicoterapia empleada en esta investigación que ha sido denominada intervención psicoterapéutica mixta no se restringe a un marco teórico específico e incorporamos elementos y procedimientos provenientes de distintos marcos conceptuales como lo son la teoría psicodinámica, la psicología conductual enfoques cognitivos conductuales Todo con el propósito de lograr una mayor adaptabilidad de las personas a sus enfermedades y tratamientos y así mejorar su percepción de calidad de vida.

A nivel grupal la terapia se centra en las interacciones en el presente del sujeto con otros que se encuentran en igualdad de condiciones tanto físicas como emocionales El trabajo de grupo se apoya en la consideración del grupo como una totalidad y por otro lado concibe lo expresado en el grupo como un producto del grupo por las vivencias individuales Estas consideraciones favorecen el proceso de integración y de desaprendizaje y re aprendizaje necesario en toda psicoterapia. El trabajo de grupo

favorece la libre expresión y da oportunidad para mejorar las comunicaciones distorsionadas de los sujetos

1 2 Principios Básicos de la Psicoterapia Breve

- La psicoterapia breve se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo de la misma forma que una historieta con una novela, ya que tanto una como la otra necesitan de experiencias habilidades indicaciones y cada una posee sus meritos propios y talentos especiales El terapeuta debe entender que el hace su trabajo valioso y no solamente elige medidas instantáneas
- Es esencial una conceptualización aproximada, pero para lograrla es importante entender todo saber bastante y luego realizar una intervención que marque una diferencia significativa, respecto a otras formas de intervención terapéutica. Para realizar esto el terapeuta realiza muchas tareas piensa, planea y conceptualiza.
- En lugar de seleccionar pacientes se seleccionan objetivos y problemas Al seleccionarlos se deben establecer los objetivos para cada caso particular ya que no se espera que la psicoterapia breve cure una neurosis de carácter grave pero con frecuencia, es posible mejorar los rasgos más perturbadores de un trastorno y si es el caso lograr el retorno a una vida en sociedad de aquel que estuvo hospitalizado por un trastorno psicológico incapacitante Bellak y Small sugieren que la terapia breve se considera el primer método a elegir y solo cuando falle o haya una razón para desear cambios se utilice la psicoterapia a largo plazo
- La psicoterapia se basa en una historia clínica exhaustiva, guiada por conceptos formulados de manera clara, usando un estilo de comunicación adecuado es decir que la terapia debe involucrar anamnesis completa, una apreciación psicodinámica estructural y amplia, como sea posible también se debe tomar en cuenta los aspectos sociales y médicos que ayudarán a planear las áreas y los métodos de intervención

- Personas con conocimientos de psicodinámica relativamente limitados pueden ser enseñadas a realizar la psicoterapia breve con éxito. Incluso puede resultar mas ventajoso ya que los psicoanalistas desarrollan un tipo de personalidad pasiva que tiende a dificultar el grado de intervención activa que se necesita con esta psicoterapia.
- Guía esquemática el concepto de medicina de urgencia como paradigma de la psicoterapia breve
- La psicoterapia de urgencia no se limita, necesariamente a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo se puede lograr la reconstrucción del paciente en un nivel superior al que tenía antes de desarrollar los síntomas y no limitarse sólo a la eliminación del síntoma.
- La psicoterapia breve es Eficaz para la prevención primaria, secundaria y terciaria, ya que cuando las personas se encuentran en riesgos psicológicos se utiliza la psicoterapia breve para trabajar antes que comprendan que tienen un problema psicológico
- Aspectos administrativos e indicaciones para la terapia breve el autor recomienda la psicoterapia breve como el método a elegir tanto en las clínicas agencias sociales como en la práctica privada debido a que en las primeras se ayuda a reducir largas listas de espera y se puede ver a las personas de forma rápida y efectiva, antes que desarrollen cronicidad y resistencia posterior a la terapia
- Papel del terapeuta y resistencia a la terapia breve El terapeuta no debe perder su autoestima, ya que debe entender que esta realizando un trabajo valioso y no tomando medidas momentáneas. Debe desarrollar una actitud de escucha y plantear intervenciones mas extensas que en la terapia a largo plazo además que cierta cantidad de optimismo terapéutico es útil para alcanzar los resultados deseados

1.3 Perfil Básico de la Psicoterapia Breve

El perfil básico para la psicoterapia breve señalado por Leopold Bellak (1986) pretende servir solo como una guía para el proceso terapéutico y no como algo obligatorio en la cual señala lo siguiente

- Se sugieren cinco sesiones de 50 minutos una vez a la semana, porque este numero parece adecuarse a la mayoría de los pacientes
- Sesión de seguimiento (sexta sesión) un mes después
- Anamnesia completa,
- Una apreciación psicodinámica y estructural
- Consideración de los aspectos sociales y médicos
- Plan para las áreas de intervención
- Plan para métodos de intervención
- Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención
- Decisión sobre una terapia sólo diádica o combinada con sesiones conjuntas o familiares
- Consideraciones de condiciones favorecedoras como drogas u hospitalización breve

Se sugieren cinco sesiones ya que este es el numero que parece adecuarse a la mayoría de los pacientes y la sexta sesión es la de seguimiento Bellak sugiere la duración de la sesión en 50 minutos porque en 40 años de experiencia encontró que es útil Señala que el numero de arreglos sesiones o duración de las mismas no son inalterables

Los aspectos sociales étnicos económicos y de sistemas son muy importantes ya que determinan el estilo de comunicación que debe tenerse en mente respecto a lo que es

normal o patológico para un paciente en particular y para las formas de intervención (por ejemplo la colaboración de religiosos familiares) quienes también colaboran en entender la patogénesis

Las áreas y métodos de intervención y las secuencias y métodos de las mismas cambian de paciente a paciente aunque padezcan la misma condición Parte del plan de intervención es la decisión de si el paciente es el más adecuado para una terapia exclusivamente diádica, si puede sacar provecho de la terapia conjunta con alguien importante en su vida o si podría beneficiarse mejor con una sesión de terapia familiar Estos planes deben analizarse con flexibilidad y ser revisados cada vez que se obtiene mayor conocimiento y especificidad del paciente Manifiesta el autor que en el uso de los fármacos como condiciones favorables del proceso terapéutico pueda que algunos psicofarmacólogos no estén de acuerdo por lo que el efecto de los neurolépticos ansiolíticos y antidepresivos deben ser entendidos psicodinámicamente en la terapia de cada paciente

1 4 Métodos de Intervención en la Psicoterapia Breve

- **Interpretación** es el método clásico de intervención dinámica, pero no significa que sea el unico
- **Catarsis** la catarsis puede ser una intervención importante sin embargo su papel se ha exagerado en las terapias raras como principal recurso Un error frecuente es creer que la catarsis por si sola tendrá un efecto terapéutico cuando con frecuencia es insuficiente
- **Catarsis Mediata** es un termino q se utiliza cuando se expresa proposiciones emocionalmente cargadas para el paciente
- **Prueba Auxiliar de la Realidad** es necesaria para informar que tan perturbado se encuentra un paciente y que tan necesario es que el terapeuta asuma el papel de examinador auxiliar de la realidad, clarificando sus distorsiones de esta y funcionando como un yo auxiliar para el

- **Aplicación de Represión** juega un papel normal en el funcionamiento cotidiano y que una represión insuficiente por supuesto es tan problemática como una excesiva
- **Sensibilización a las Señales** se refiere hacer al paciente consciente de que cierta conducta de su parte como el acting out o pánico ocurre cuando hay una congelación dinámica específica.
- **Educación** la educación de la paciente referida es posible que este familiarizada con la retención de sodio e irritabilidad, lo que la alerta a reducir su consumo de sal. El terapeuta puede prescribir un sedante ligero para los 2 o 3 días premenstruales para ayudarla a evitar conflictos conyugales
- **Intelectualización** juega un papel más importante en la terapia intensiva breve que en las tradicionales a largo plazo. Puede utilizarse en algunos casos para incrementar la alianza terapéutica.
- **Apoyo** en términos de que el terapeuta acepte los sentimientos expresados por el paciente ya sea agresión, sexualidad o avidez, facilita al paciente a soportar la ansiedad. Hacer afirmaciones seguras es importante en algunas ocasiones en la terapia, pero no puede ser la única medida tomada si se espera proporcionar algo más que ayuda para un propósito determinado
- **Sesiones conjuntas y sistemas de terapia familiar** son técnicas especiales que no pueden discutirse en detalle aquí excepto que se pueden usar en terapia intensiva breve de una manera muy específica. el terapeuta debe conceptualizar con claridad lo que quiere abarcar en las sesiones conjuntas y después arreglarse para cotizarlo
- **Fármacos Psicoactivos** son una ayuda para el terapeuta, proporcionan un campo terapéutico en el cual trabajar. En terapia son a menudo parte de las condiciones que hacen posible el control de la ansiedad, trastornos en el proceso del pensamiento, depresión lo suficiente para que el paciente pueda permanecer en la

comunidad y continuar con la psicoterapia, lo que de otra manera seria un extremo difícil (Bellak, L 1986)

1 5 Eficacia de la Psicoterapia Breve

En cuanto a la efectividad de la psicoterapia breve Fiorini (1982) consigna una serie de estudios en los que se reporta un porcentaje elevado de mejoras estables en pacientes evaluados antes del tratamiento al alta y después del alta. Sostiene la idea de que esta técnica, puede lograr modificaciones dinámicas de mayor alcance que la mera supresión sintomática, estas modificaciones comprenden

- Alivio o desaparición de síntomas
- Modificaciones correlativas en el manejo de las defensas con el reemplazo de técnicas más regresivas por otras más adaptativas
- Mayor ajuste en las relaciones con el medio (comunicación trabajo etc)
- Incremento en la autoestima y el confort personal
- Incremento en la autoconciencia, con mayor comprensión de sus dificultades fundamentales y el significado de las mismas (lo que puede considerarse como un primer grado de aproximación al *insight* comparado con el que puede lograrse por un tratamiento intensivo y prolongado)
- Ampliación de perspectivas personales bosquejo inicial de algun tipo de proyecto individual

Además las modificaciones iniciales puestas en marcha durante el tratamiento no se detienen con el alta, sino que la paciente continua aplicando el criterio y la actitud aprendida en el tratamiento ante los problemas que enfrenta en su vida.

Fiorini (1982) plantea que existen consideraciones teóricas que apoyan la hipótesis de que ésta técnica va más allá del cambio sintomático las cuales se mencionan a continuación

- La experiencia emocional correctiva que representan el tipo original de relación con un terapeuta en cuanto a objeto efectivamente bueno permisivo que ayuda La influencia del vínculo con la persona real con su rol social objetivamente positiva y nuevo para el paciente
- Al dirigir la atención del paciente hacia todo lo que vive y actúa, se inaugura en él un proceso de aprendizaje en el auto examen auto evaluación y toma distancia crítica frente a su propia conducta.
- El papel dinámico que puede ejercer en el paciente el fortalecimiento de su capacidad de comprensión y discriminación frente a sus impulsos
- Las interpretaciones dinámicas de diversos tipos utilizadas pueden crear en el paciente al menos núcleos iniciales de *insight* de grado limitado pero susceptibles de ulterior crecimiento a través de la elaboración de nuevas experiencias
- La influencia de los cambios positivos que dan con el tratamiento ayudan a que el paciente introduzca en su vida diaria, actividad, vínculos reacciones aperturas de nuevos campos de interés favoreciendo el pasaje hacia el funcionamiento en niveles motivacionales más maduros
- La influencia de modificaciones dinámicas en la constelación familiar por acciones directas (orientación o terapia familiar) o indicadores (respuesta de la familia al ingreso del paciente en tratamientos o los cambios manifiestos por el paciente)

1.6 Limitaciones de la Psicoterapia Breve

Con este abordaje podrán o no obtenerse mejoras mas que transitorias dependiendo del resultado del cuadro clínico la estructura básica de la personalidad el nivel evolutivo al que se efectuó regresión en la crisis y diversas condiciones grupales y situacionales

Puede fracasar absolutamente en psicopatías o producir únicamente variaciones en superficie actuando sólo por efecto de cura transferencial con desaparición de síntomas e instalaciones de una pseudo adaptación a nivel regresivo

No puede en plazos limitados producirse cambios en la estructura nuclear de la personalidad, aunque sí dinámicas

2 PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÁMICA

La psicoterapia breve emerge como el tratamiento de preferencias del siglo XXI (Carlson y Sperry 2000) y es definida por la *American Psychological Association (2006)* como cualquier forma de psicoterapia destinada a lograr un cambio durante un periodo corto de tiempo (generalmente 10 a 20 sesiones) Las psicoterapias breves se apoyan en técnicas activas para indagar mantener un foco de trabajo establecer metas y tienden a ser específicas en cuanto a los síntomas Se pueden aplicar a nivel individual o grupal y se utilizan en el tratamiento de una variedad de problemas conductuales y emocionales

Existen seis consideraciones básicas que permiten que el proceso terapéutico sea breve estas son límite de tiempo enfoque en el cambio alianza de trabajo entre el terapeuta y el paciente actitud proactiva, directiva y optimista del terapeuta, flexibilidad técnica, enfoque en la terminación, (Bitter y Nicoll 2004)

La psicoterapia psicodinámica tiene sus bases en los planteamientos de Sigmund Freud y esta orientada al establecimiento de una especial relación entre el sujeto y el terapeuta. Es un medio para lograr un objetivo que debe traducirse en el bienestar del paciente o cliente y aliviar su sufrimiento emocional

3 PSICOTERAPIA GRUPAL

Es una técnica de tratamiento en la que el paciente integrado en un conjunto de otros pacientes y con un profesional como punto de referencia, trata de movilizar las actitudes negativas que le dificultan su comunicación y su convivencia, con el fin de aliviar sus tensiones emocionales las cuales causan sufrimiento al paciente y a las personas de su entorno social y familiar

La psicoterapia puede ser muy efectiva en un grupo El terapeuta guiará al grupo hacia el camino del aprendizaje para ayudar a resolver problemas y no sólo desahogarse Ver cómo otros están manejándolos o fracasando en sus estrategias para resolver sus problemas es una excelente forma de convertirse en una persona capaz de resolver los propios problemas y los de otros

La psicoterapia de grupo es una forma especial de terapia en la cual un grupo pequeño se reúne guiado por un (a) psicoterapeuta profesional para ayudarse individual y mutuamente Esta forma de terapia es de uso muy extendido y aceptada desde hace más de 50 años

Si lo pensamos bien, todos nos hemos criado en grupos ya sea en la vida familiar o escolar como trabajadores o como ciudadanos Nos desarrollamos como seres humanos siempre en ambientes grupales No es diferente la psicoterapia de grupo Provee un contexto para compartir los problemas o preocupaciones comprender mejor la propia situación, y aprender junto con las demás personas

La psicoterapia de grupo ayuda a la persona a conocerse a sí misma, y también a mejorar sus relaciones interpersonales Puede centrarse en los problemas de la soledad depresión y ansiedad Nos ayuda a realizar cambios importantes para mejorar la calidad de la vida.

Tanto como la terapia individual la terapia de grupo puede ayudar a la mayoría de las personas Algunos ejemplos

Dificultades en las relaciones con otras personas

- El impacto de las enfermedades crónicas o de gravedad

La depresión y la ansiedad

- Las pérdidas
- Los traumas

La sesión de terapia de grupo es una tarea en colaboración en la que el terapeuta asume la responsabilidad clínica del grupo y sus miembros. Dentro de la reunión típica, de 50 minutos, los miembros se ocupan de expresar de la manera más libre y honesta posible sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones. Esta exploración da a los miembros del grupo la materia prima para comprenderse y ayudarse. Los miembros no sólo aprenden de sí mismos y sus propios problemas, sino que actúan también como ayudantes terapéuticos de los demás.

Esta modalidad psicoterapéutica es una herramienta muy eficiente que se utiliza para diferentes patologías que se presentan en distintas etapas de la vida. Aquí se privilegia la interacción entre los participantes, quienes compartiendo sus distintas y similares problemáticas, se apoyan y enriquecen mutuamente. En el grupo, mediante el liderazgo del terapeuta, se genera un espacio de confianza y contención emocional que fomenta el autoconocimiento; se logran expresar las vivencias y conflictos que surgen tanto de su mundo interno (psicológico) como externo (ambiente).

Se reconocen las fortalezas y debilidades de todos y cada uno, y se generan nuevas alternativas para el abordaje de los problemas. Los pacientes se acompañan y comprometen en sus distintos procesos de crecimiento.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

1 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es un importante y delicado problema de salud dados sus altos índices de morbilidad y mortalidad y su impacto emocional y económico en la población. Su enfrentamiento efectivo sólo es posible mediante un abordaje integral y multidisciplinario que incorpore el enfoque epidemiológico y que tenga por objetivo principal la prevención de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables.

Si bien es cierto que en la génesis de la Diabetes Mellitus participan un sinnúmero de factores como la herencia, la alimentación, el estilo de vida, las condiciones del lugar en el que se habita, la ocupación, entre otros, como psicólogos de la salud estamos ante uno de los más grandes retos de la actualidad: incluimos en el trabajo de identificar los principales factores biopsicosociales sobre el estado de enfermar de diabetes y lo que es aun más relevante desde el punto de vista de la prevención, cómo evitarla.

La prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo II varía de 0 a 39% en función de la raza y la edad. En el mundo la estimación prevalece alrededor de 35 millones en el 2000. Se espera un incremento a 64 millones para el 2025 (Barceló y Rajpathak, 2001).

Para la persona con diabetes la enfermedad obliga a modificar hábitos y costumbres arraigados durante toda la vida y a cambiar gustos y prioridades en aspectos de difícil control como la alimentación y el ejercicio. Los pacientes con diabetes deben asistir a consulta, cumplir con las indicaciones médicas y llevar métodos de control metabólico (glucemia, presión arterial, perfil de lípidos) para prevenir la aparición de complicaciones crónicas. En caso de que éstas ocurran, el manejo incluye la participación de especialistas (oftalmólogos, nefrólogos, neurólogos) y el uso de instalaciones y equipo a un costo elevado. Podemos afirmar que el diagnóstico de padecer diabetes produce un impacto importante en las personas, presentando una reacción emocional importante al saber que padece una enfermedad incurable que durará toda la vida, además implica también cambios en el estilo de vida que impone esta enfermedad (Salamanca, J. y López A. Olga E., 2010).

Este padecimiento afecta al 10% de la población mundial según cifras de la OMS. Las posibilidades de contraerla aumentan a medida que una persona se hace mayor de

modo que por encima de los setenta años la padece alrededor del 15% de las personas (www.americanheart.org)

Es uno de los principales problemas de salud de la población panameña y mundial. La OMS la declaró como una de las primeras epidemias crónicas del siglo XXI. Se estima que existen alrededor de 300 millones de diabéticos a nivel mundial.

En Panamá son muy altos los costos personales y estatales del tratamiento de esta enfermedad. Las complicaciones hay que prevenirlas. De acuerdo con Estadísticas Nacionales en Panamá, del año 2004, la Diabetes Mellitus ocupaba el quinto lugar dentro de las principales causas de muerte en la República de Panamá, y en el 2010 ocupa el segundo lugar dentro de las enfermedades crónicas en nuestro país.

Esta situación es particularmente difícil y de alto riesgo cuando hablamos de adultos con bajos ingresos, pues estos tienden a interrumpir el tratamiento por falta de recursos económicos, no siguen una dieta adecuada o fallan en la adquisición de los medicamentos. Según nos manifiesta el departamento de epidemiología, esta población de diabetes se caracteriza por bajo nivel educativo, hábitos alimenticios no adecuados, sedentarismo, obesidad y dificultades para el auto control y no incluyen una rutina de ejercicios.

La respuesta más barata ante esta situación, según los expertos en salud, es trabajar sobre los determinantes de la salud y los controles de salud para estilos de vida saludable, situación que es adjudicada a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

En base a los planteamientos antes expuestos y con todas las implicaciones que conlleva el tener una enfermedad crónica, en especial la diabetes, proponemos este programa para ofrecerle al adulto diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2 las herramientas emocionales necesarias para ayudarles a disminuir los niveles de ansiedad, depresión y las emociones perturbadoras que surgen ante el diagnóstico de una enfermedad crónica. Así mismo, mejorar su percepción de calidad de vida, proporcionarle los recursos psicoemocionales para que sea un individuo capaz, activo y autónomo, y educarlo sobre estilos de vida saludables que son fundamentales para el control de la enfermedad. Proporcionarles una atención integral con un equipo

interdisciplinario promover un conocimiento amplio de su enfermedad y limitaciones así como las medidas necesarias para el cuidado de la misma, de igual forma busca el soporte contención psíquica y emocional que brinda un grupo conformado por personas que atraviesan una vivencia en común y que pueden compartir experiencias y apoyarse mutuamente

Es por esta razón que surge la siguiente interrogante

¿Los Adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II que participen de un Programa de Intervención Psicoterapéutico Mixto, reducirán los niveles de ansiedad depresión y mejorarán su percepción de calidad de vida?

2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivos Generales

- Diseñar un programa psicoterapéutico mixto de orientación psicodinámica, para mejorar la percepción de calidad de vida, manejo de la ansiedad y depresión, en un grupo de adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2
- Brindar apoyo psicológico-emocional por medio de la Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta (individual y grupal)
- Determinar la efectividad del programa para mejorar la percepción de calidad de vida, manejo de la ansiedad y depresión

2.2 Objetivos Específicos

- Aplicar el programa de intervención psiterapéutica mixta de modalidad psicodinámica para manejo de la ansiedad y depresión, en un grupo de adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2
- Validar la utilidad de esta modalidad psicoterapéutica para pacientes con Diabétis Mellitus Tipo 2

- Evaluar estadísticamente la efectividad de la Intervención Psicoterapéutica Mixta de los adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2

3 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Hipótesis Principal

- Los adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II que participan del programa de intervención psicoterapéutica mixta, reportarán una mejora significativa en los niveles de ansiedad, depresión y en su percepción de calidad de vida.

3.2 Hipótesis Estadística

Hipótesis para la variable Nivel de Ansiedad

$$H_0: \bar{X}(A)_{G \text{ Exp A}} \leq \bar{X}(A)_{G \text{ Exp D}}$$

$$H_1: \bar{X}(A)_{G \text{ Exp A}} > \bar{X}(A)_{G \text{ Exp D}}$$

En donde

$$\bar{X}(A) = \text{Media del Nivel de Ansiedad}$$

$G \text{ Exp A}$ = Grupo experimental antes del tratamiento

$G \text{ Exp D}$ = Grupo experimental después del tratamiento

Hipótesis para la variable Niveles de Depresión

$$H_0: \bar{X}(D)_{G \text{ Exp A}} \leq \bar{X}(D)_{G \text{ Exp D}}$$

$$H_1: \bar{X}(D)_{G \text{ Exp A}} > \bar{X}(D)_{G \text{ Exp D}}$$

En donde

$\bar{X}(D)$ = Media del Nivel de Depresión

G Exp A = Grupo experimental antes del tratamiento

G Exp D = Grupo experimental después del tratamiento

Hipótesis para la variable Percepción Calidad de Vida

$H_0 \bar{X}(PCV) G \text{ Exp A} \leq \bar{X}(PCV) G \text{ Exp D}$

$H_1 \bar{X}(PCV) G \text{ Exp A} > \bar{X}(PCV) G \text{ Exp D}$

En donde

$\bar{X}(PCV)$ = Media de la Percepción de Calidad de Vida

G Exp A = Grupo experimental antes del tratamiento

G Exp D = Grupo experimental después del tratamiento

4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación con un diseño pre-experimental de pre prueba, pro prueba con un solo grupo. Consiste en administrar al grupo una pre prueba previa al tratamiento después se administra el tratamiento y finalmente se aplica una post prueba. (H Sampieri 2006) En este tipo de diseño hay un seguimiento del grupo. Se observa si el tratamiento produjo algún cambio en los sujetos se comparan las mediciones antes y después del tratamiento para observar y medir si hay cambios en significativa en ellos

Este diseño tiene algunas limitaciones como el hecho de que el grado de control es mínimo no hay grupo control los sujetos no son elegidos al azar por lo que la validez interna de la investigación se ve amenazada. Sin embargo este diseño ofrece una ventaja, se puede tener un punto de referencia inicial sobre qué nivel de ansiedad y depresión tiene el grupo antes del tratamiento es decir hay un seguimiento y permite un

acercamiento al problema de investigación Por limitaciones éticas no es posible contar con un grupo de comparación

Este diseño puede representarse de la siguiente manera

G₁ O₁ X O₂

Donde

G₁= Grupo Experimental

O₁= Pretest

X= Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta

O₂= Posttest

5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

5.1 Variable Independiente

- Definición Conceptual de la Variable Independiente**

Intervención Psicoterapéutica Mixta

Es una técnica de tratamiento en la que el paciente integrado en un conjunto de otros pacientes y con un profesional como punto de referencia, trata de movilizar las actitudes y emociones negativas que le dificultan su comunicación su convivencia y estado emocional con el fin de aliviar sus tensiones emocionales las cuales causan sufrimiento al cliente y a las personas de su entorno social y familiar

La psicoterapia psicodinámica grupal parte de la idea de que existen emociones inconscientes que necesitan alcanzar el campo de la conciencia. La exploración de la conciencia o el logro del insight permitirán el cambio en la conducta. El compartir y

movilizar aspectos del inconsciente serán compartidos y contenidos en el grupo. Para un mejor manejo se utiliza un co-terapeuta que colabora con la elaboración de las actividades generadas.

La psicoterapia puede ser muy efectiva en un grupo. El terapeuta guiará al grupo hacia el camino del aprendizaje para ayudar a resolver problemas y no sólo desahogarse. Ver cómo otros están manejándolos o fracasando en sus estrategias para resolver sus problemas es una excelente forma de convertirse en una persona capaz de resolver los propios problemas y los de otros. Utiliza algunas técnicas de las psicoterapias tradicionales, sin embargo, el terapeuta es de apoyo y asesoramiento en lugar de ser independiente y no dar consejos como en muchas psicoterapias tradicionales. También se centra mucho más en concreto sobre los problemas actuales en lugar de ahondar en el pasado y volver a examinar los conflictos del pasado. La psicoterapia da una experiencia más que un consejo.

La psicoterapia psicodinámica ha tenido mucho éxito en el tratamiento de una serie de problemas comunes como ansiedad, problemas de relación, de trabajo y las dificultades escolares, las decisiones de carrera, y la falta de autoestima y la identidad de otros problemas. (en wikipedia.org/wiki/Intensive_short_term_dynamic_psychotherapy)

- **Definición Operacional de la Variable Independiente**

Intervención Psicoterapéutica Mixta

El tratamiento dirigido a los pacientes consistió en una Psicoterapia Psicodinámica Breve Individual con un tiempo de 50 minutos una vez por semana, para un total de ocho sesiones, además cuatro sesiones de grupo.

Fase Individual se realizó una entrevista inicial donde se hizo el contacto inicial, se le explicaron los lineamientos de la terapia y la duración de la misma, además se firmó la nota de Consentimiento Informado. Se recopiló la historia del paciente y sus síntomas. En las dos sesiones siguientes, los pacientes expusieron sus experiencias, una vez diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, sus emociones, la ansiedad y depresión que

le genera la misma y como ha cambiado su estilo de vida al padecer esta enfermedad crónica. El terapeuta actuó como contenedor de ansiedades

Fase Grupal en las sesiones grupales se trabajo en las áreas de interés clínico ansiedad depresión y mejorar la calidad de vida de los pacientes El objetivo de la sesiones grupales es que el paciente recupere o fortalezca el sentido de lucha por su vida, abordar y contener los distintos estados emocionales que surgen después del diagnóstico de la enfermedad

Las técnicas de trabajo de grupo son directas y sencillas se basan en la promoción de la participación de los pacientes que compartiendo su circunstancia, estructuran la temática y los problemas concretos que se abordan en cada reunión

Los ejes terapéuticos hacia los cuales se orienta el trabajo en grupo están determinados por los aspectos que constituyen la calidad de vida del paciente esto es aspecto físico funcional emocional social y familiar la disminución del estrés ansiedad y depresión al igual que mejorar sus estilos de vida y aprender a vivir con la enfermedad

5.2 Variable Dependiente

• Definiciones Conceptuales de las Variables Dependientes

Ansiedad

La ansiedad es un signo emocional que acompaña todos los aspectos de la vida y que al encontrarse en un monto excesivo puede provocar alteraciones en la salud El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV TR define la ansiedad como la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo

Depresión

La depresión es 'un estado que tiene como condición la pérdida de una relación objetual y en la cual el contenido ideativo es el que dicha pérdida torna imposible la realización de un deseo al que está intensamente fijado (Salvareza, 1996)

En la depresión el Yo se encuentra paralizado porque se siente incapaz de enfrentarse con el peligro y en ocasiones el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir por considerarse impotente para superar el riesgo que lo amenaza. Entonces aparecen conductas de apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza (Grimberg 1994)

Dichos autores señalan que las personas que padecen de sintomatología depresiva se sienten sin fuerza para enfrentar a las personas que los rodean, sienten que su vida es un fracaso y que no poseen las capacidades para hacer frente a los problemas; además, tienen disminuido el sentido de valoración propia (Ariete y Bemporad 1993)

Calidad de Vida

La calidad de vida no es un concepto nuevo. Es el nombre nuevo a un antiguo concepto contenido en el bienestar general (Sala, 2000)

En el campo de la salud, la definición de calidad de vida se inicia con la que ofrece la Organización Mundial de la Salud en 1947 y que señala que la calidad de vida es 'un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad' (WHO 1952)

El concepto integra el bienestar físico, mental, ambiental y social como es percibido por cada individuo y cada grupo. Dependen también de las características del medio ambiente en que el proceso tiene lugar (urbano, rural). Para la psicología, la Calidad de Vida se convierte en un constructo básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria, o sea, que aunque valora los componentes del bienestar soportados sobre bases materiales, se centra en la percepción y estimación de estos factores materiales en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma. (Abreu, María del C. y otros 2005)

- **Definiciones Operacionales de las Variables Dependientes**

Ansiedad

Puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) para medir dos dimensiones básicas de la ansiedad como rasgo (ansiedad personal) y como estado. Puntuaciones altas están las personas equilibradas y una puntuación baja puede reflejar un estado de ansiedad en el individuo.

Depresión

Puntaje obtenido en la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung. Esta escala informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. Una puntuación baja indica presencia de depresión y una alta puntuación indica un estado normal en el individuo.

Calidad de Vida

Puntaje obtenido en el Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, en el área de la salud se usa para evaluar la eficacia de las intervenciones considerando la agresividad tanto de padecimientos como de los tratamientos empleados. En el campo de la psicología permite evaluar la percepción del sujeto ante diversos aspectos de la vida cotidiana. Este inventario nos permitirá tener una percepción de los estilos de vida del individuo antes y después de la terapia.

6 POBLACIÓN Y MUESTRA.

6.1 Población

Nuestra población estuvo constituida por adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que reciben atención en Centros de Salud Públicos de la Región Metropolitana, diagnosticados dentro de los tres meses anteriores al inicio de esta investigación. Esta investigación se desarrolló durante los meses de abril a junio 2011.

6.2 Muestra

Se seleccionó una muestra de tipo intencional formada por seis sujetos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 conformada entre hombres y mujeres que presentaban rasgos de ansiedad y depresión y cumplían con los criterios de inclusión

6.3 Criterios de Inclusión

- Tener diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 antes de ingresar al programa.
- Edad comprendida entre 40 a 60 años
- Recibir atención en un Centro de Salud Público de la Región Metropolitana
- Disposición de participar y asumir las condiciones que el programa requiere
- No estar recibiendo otra intervención psicoterapéutica o médica que interfiera con el estudio
- Firmar la nota de consentimiento informado

6.4 Criterios de Exclusión

- Contar con menos de 40 años
- Estar recibiendo atención en un Centro de Salud que no pertenezca al área de la Región Metropolitana.
- No asistir a dos sesiones seguidas
- Padecer de algún trastorno psiquiátrico o cualquier otro padecimiento pre existente a este estudio que afecte su asistencia al grupo
- Poseer otro diagnóstico médico u enfermedad crónica.

7 TÉCNICAS DE MEDICIÓN E INSTRUMENTOS

- **Entrevista clínica psicológica individual**

Se caracteriza por brindar al paciente el espacio para que sea el quien pone los contenidos iniciales de la entrevista, para luego orientar el desarrollo de la misma de acuerdo a las necesidades de la intervención de apoyo que se desprenden de la misma

Es importante la participación del entrevistador en el tipo calidad y destino de la relación con el entrevistado por lo que se recomienda tener cualidades o actitudes necesarias que debería tener como sentido de humor habilidad y juicio intelectual superiores originalidad y variedad de recursos (Wolff 1970)

La entrevista consta de tres fases el inicio que es como la apertura donde la principal herramienta es el rapport el desarrollo donde se trata la problemática y el cierre donde vamos preparando al paciente para terminar sesión Hay que procurar no dejar círculos abiertos para que no queden sentimientos inconclusos

1 Etapa de contacto Es para que el paciente se sienta más a gusto y seguro

2 Llegar a donde queremos llegar pero que el paciente esté totalmente relajado

3 Etapa de despedida y cierre Crear un espacio de tiempo para resumir todo lo que ha sucedido en la entrevista, aclarar dudas o planificar futuras entrevistas (http://es.wikipedia.org/wiki/Entrevista_cl%C3%ADnica)

La entrevista psicodiagnóstica que usamos en esta investigación sigue los lineamientos aprendidos en nuestros cursos de la maestría en psicología clínica y los fundamentos desarrollados por Othmer y Othmer S del libro DSM IV La Entrevista Clínica. La entrevista se desarrolla en cuatro dimensiones y por lo tanto tiene cuatro componentes relación, técnica, estado mental y diagnóstico

La entrevista descriptiva parte del concepto de que los trastornos psiquiátricos se manifiestan con un conjunto de signos síntomas y conductas características un curso

previsible una respuesta al tratamiento de algun modo especifica y a menudo una incidencia familiar (DSM IV 1995)

El objetivo dirigido a los sintomas es clasificar los sintomas y las disfunciones del paciente con arreglo a categorias diagnosticas definidas segun el DSM IV Un diagnóstico de tales características ayuda a predecir el curso futuro a seleccionar empíricamente el tratamiento más eficaz, aunque tal vez no permite extraer conclusiones sobre sus causas

Al evaluar los síntomas presentados por los sujetos de esta investigación observamos el comportamiento de estos y los motivamos a describir sus problemas detalladamente Al hacer las entrevistas hemos convertido nuestras percepciones en signos y síntomas para un diagnostico descriptivo (trastornos en los ejes I y II del DSM IV) Así mismo hemos incluido la evaluación de la adaptación y la habilidad para enfrentarse a diversas situaciones su manera personal de tratar con su entorno y se ha realizado además una valoración de sus problemas psicosociales ambientales y de salud

En todos los casos evaluados mediante la entrevista clínica hemos observado el impacto de las enfermedades médicas los factores estresantes vitales y los conflictos interpersonales que complican su ajuste y pronostico

- **Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE**

El Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) fue construido por Spielberger Gorsuch y Lushene (1970) con el propósito de disponer de una escala relativamente breve y confiable para medir dos dimensiones básicas de la ansiedad como rasgo (ansiedad personal) y como estado Las bases conceptuales de esta medición estuvieron en la teoria de señal de peligro de Freud (1936) los conceptos de Cattell acerca de la ansiedad rasgo-estado (Cattell 1966 Cattell Scheier 1961 1963) y el desarrollo refinado de estos conceptos por Spielberger (1966 1972 1976 1977 1979 1983)

Consta de dos subescalas una para la evaluación de la ansiedad como estado (IDARE E) y otra para la evaluación de la ansiedad como rasgo (IDARE R) Cada una de ellas tiene 20 ítems En el IDARE E hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas En la Escala de Estado se le orienta al sujeto que debe responder como se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo Se aplica primero como estado y luego como rasgo Para calificar se debe conocer el puntaje alcanzado en cada ítems Se debe utilizar la clave de manera de saber que grupos de anotaciones se suman a partir de que algunas proposiciones están formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad (Ej Estoy nervioso) y otras de manera inversa (Ej Estoy calmado) Se utiliza posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permite ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo Baja, Moderada o Alta.

Se aplica en adultos y adolescentes sanos o con trastornos psiquiátricos tanto de forma individual como colectiva y aunque no tiene tiempo límite el promedio de los sujetos demora 20 minutos en total

Evidentemente en todas las escalas que son auto descriptivas como ésta, el sujeto puede tergiversar la información, por lo que se necesita un buen rapport, de manera que el sujeto describa sus verdaderos sentimientos y comportamientos Por otro lado es necesario que el sujeto tenga una escolaridad de 9 grado para que pueda comprender las proposiciones No obstante es posible que el psicólogo verbalice los ítems y repita las alternativas de respuesta. (Ver anexo No 3)

- **Escala Autoaplicada de Depresión de Zung**

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self Rating Depression Scale SDS) fue desarrollada por Zung en 1965 es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos con 8 ítems para cada grupo completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0.70-0.80 en la fiabilidad dos mitades índice α de Cronbach entre 0.79 y 0.92) 0.620 mientras que los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 0.36-0.18-0.20

Esta escala informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia. (Ver Anexo No 3)

- **Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa**

La calidad de vida es un constructo que en el área de la salud se usa para evaluar la eficacia de las intervenciones considerando la agresividad tanto de padecimientos como de los tratamientos empleados. En el campo de la psicología permite evaluar la percepción del sujeto ante diversos aspectos de la vida cotidiana. Es un concepto que puede dar una medida de bienestar tanto macroeconómico como individual. Según sus autores Riveros, Angélica, Sánchez Sousa, Juan José, Groves, Mark Andrew, en el ámbito subjetivo se distinguen tres vertientes para evaluar la calidad de vida: general, relacionada con la salud y con enfermedades específicas. En el campo de la salud, el

constructo calidad de vida tiene amplia aceptación y uso permite planificar las necesidades de atención a la salud de una población evaluar el impacto de los ensayos clínicos e investigación en la búsqueda de intervenciones cada vez mas eficaces favorecer mejores decisiones sobre la distribución de recursos en salud y en medicina, ponderar el efecto de medicamentos agresivos en padecimientos terminales (Ver Anexo No 3)

8 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

Para el análisis de los resultados obtenidos en esta investigación se utilizo el procedimiento estadístico de la t de Student para la misma muestra antes y después Se establecio un nivel de significancia de alfa 0.05 para las pruebas de hipótesis Los datos estadísticos serán procesados mediante el programa XLSTAT Versión 2011

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANALISIS

1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Los resultados de esta investigación, serán presentados en dos sesiones La primera parte está destinada a presentar la muestra en estudio La segunda la destinaré a la presentación de las pruebas de hipótesis que se sometieron al análisis estadístico

TABLA No 1

SUJETOS	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE DIABETES TIPO II
1	M	40	Estudios Universitarios	3 meses
2	M	47	Pre-media	3 meses
3	F	53	Secundaria Completa	2 meses
4	F	53	Secundaria Completa	3 meses
5	F	55	Secundaria Completa	1 mes
6	F	60	Primaria	3 meses

Fuente J Rodríguez, 2011

Como podemos apreciar en el cuadro No1 la muestra estuvo conformada por seis sujetos el 80% son hombres y el 20% mujeres La media de edad fue de 51 años y el nivel de escolaridad un sujetos (10%) primarios un sujeto (10%) pre media, tres sujetos (70%) secundaria completa, un sujetos (10%) con estudios universitarios Estos datos sugieren que la enfermedad no distingue ni el sexo ni el nivel de escolaridad

2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

A continuación presentamos la tabla de las variables y su correspondiente prueba de hipótesis estadística

TABLA No 2

Variable Ansiedad Estado

Comparación entre el pre test / post test del grupo experimental

Sujetos	1	2	3	4	5	6
Antes	60	59	60	58	53	50
Después	41	40	32	46	32	30

Fuente J Rodríguez, 2011

Hipótesis

H₀ No existe una diferencia significativa entre las medias antes y después del grupo que participo de la investigación en la variable ansiedad estado

H₁ Existe diferencia significativa entre las medias antes y después del grupo que participo de la investigación en la variable ansiedad estado

Nivel de Significación α 0 05

TABLA No.3

Estadística Descriptiva

Comparación ansiedad estado pre test / post test del grupo experimental

Variable Ansiedad Estado	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre- Test	6	50 000	60 000	56 667	4 179
Post Test	6	30 000	46 000	36 833	6 401

Fuente J Rodríguez, 2011

Cálculo estadístico de la prueba

Prueba t para dos pruebas apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Diferencia	19 833
t (Valor observado)	9 497
t (Valor critico)	2 016
GDL	5
p-valor (unilateral)	0 001
Alfa	0 05

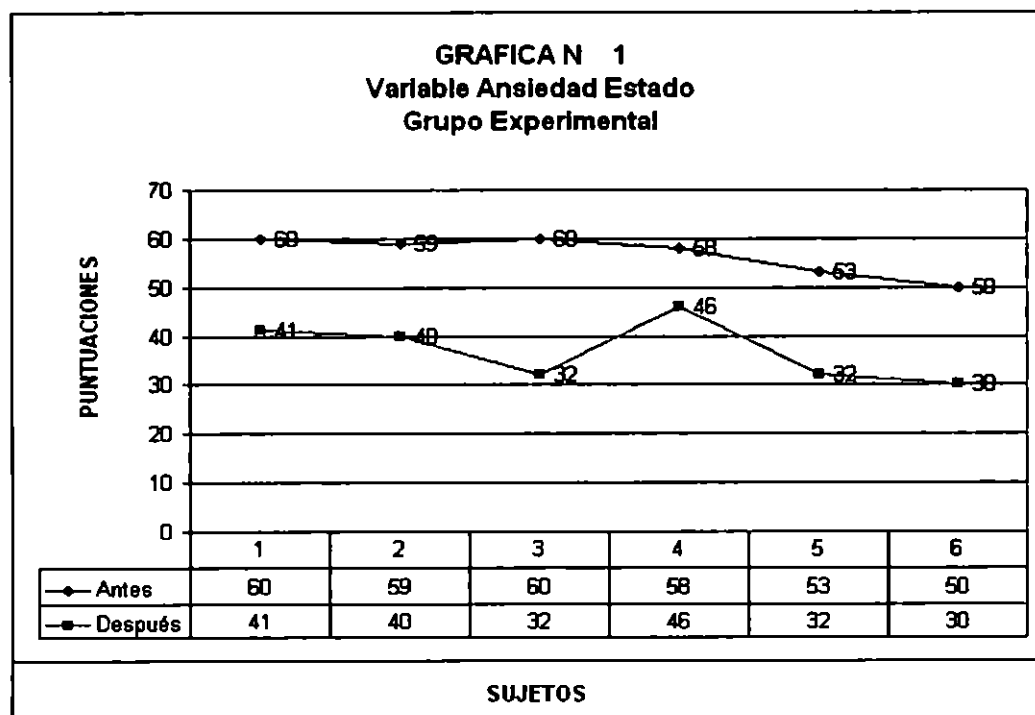
Fuente J Rodríguez, 2011

Discusión Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$ se debe rechazar la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alternativa H_1 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menos que 0.01%

Conclusión con un nivel de significación de 5% los puntajes obtenidos en la ansiedad estado del grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento.

Gráfica No 1

Comparación entre el pre test y el post – test del grupo experimental de la Variable Ansiedad Estado



Fuente J Rodríguez, 2011

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa en la disminución de los niveles de Ansiedad Estado en los sujetos que participaron del tratamiento

TABLA No 4

Variable Ansiedad Rasgo

Comparación entre el pre test / post test del grupo experimental

Sujetos	1	2	3	4	5	6
Antes	48	50	45	55	55	53
Después	32	30	44	31	28	23

Fuente J Rodríguez, 2011

Hipótesis

H₀ No existe una diferencia significativa entre las medias antes y después del grupo del grupo que participo de la investigación en la variable ansiedad rasgo

H₁ Existe diferencia significativa entre las medias antes y después del grupo del grupo que participo de la investigación en la variable ansiedad rasgo

Nivel de Significación α 0 05

TABLA No 5

Estadística Descriptiva

Comparación ansiedad rasgo pre-test / post test del grupo experimental

Variable Ansiedad Rasgo	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre- Test	6	45 000	55 000	51 000	4 050
Post Test	6	23 000	44 000	31.333	6 976

Fuente J Rodríguez, 2011

Cálculo estadístico de la prueba

Prueba t para dos pruebas apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Diferencia	19 667
t (Valor observado)	4 630
t (Valor critico)	2 016
GDL	5
p-valor (unilateral)	0 003
Alfa	0 05

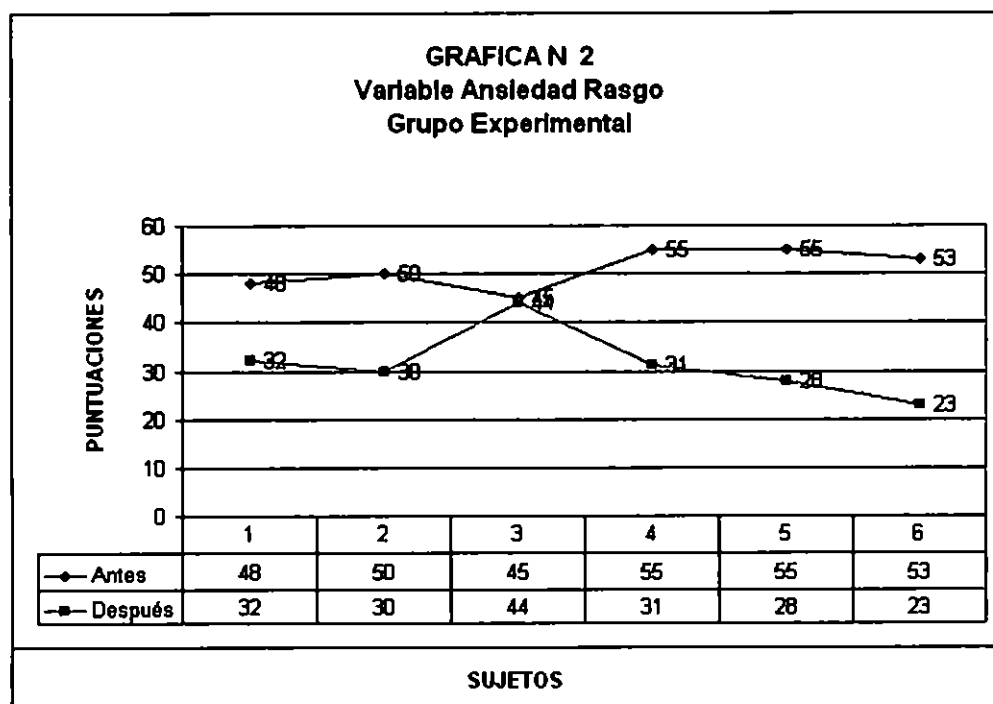
Fuente J Rodríguez, 2011

Discusión Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$ se debe rechazar la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alternativa H_1 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menor que 0.28%

Conclusión con un nivel de significación de 5% los puntajes obtenidos en la variable ansiedad estado del grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento

Gráfica No 2

Comparación entre el pre test y el post – test del grupo experimental de la Variable Ansiedad Rasgo



Fuente J Rodríguez, 2011

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa en la disminución de los niveles de Ansiedad Rasgo en los sujetos que participaron del tratamiento

TABLA No 6

Variable Depresión

Comparación entre el pre test / post test del grupo experimental

Sujetos	1	2	3	4	5	6
Antes	51	61	61	51	50	74
Después	48	48	50	38	48	53

Fuente J Rodríguez, 2011

Hipótesis

H₀ No existe una diferencia significativa entre las medias antes y después del grupo del grupo que participo de la investigación en la variable depresión

H₁ Existe diferencia significativa entre las medias antes y después del grupo del grupo que participo de la investigación en la variable depresión.

Nivel de Significación α 0 05

TABLA No 7

Estadística Descriptiva

Comparación depresión pre test / post test del grupo experimental

Variable Depresión	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre- Test	6	50 000	74 000	58 000	4 050
Post Test	6	38 000	53 000	47 500	5 050

Fuente J Rodríguez, 2011

Cálculo estadístico de la prueba

Prueba t para dos pruebas apareadas / Prueba unilateral a la derecha

Diferencia	10 500
t (Valor observado)	3 626
t (Valor critico)	2 016
GDL	5
p-valor (unilateral)	0 008
Alfa	0 05

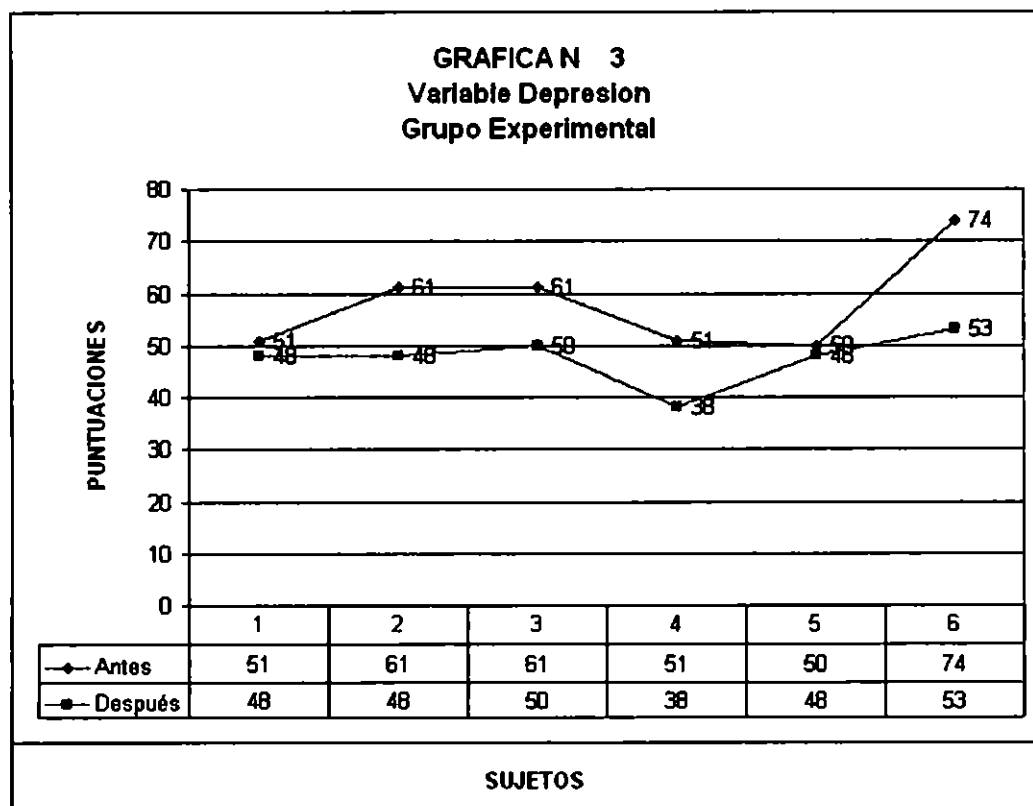
Fuente J Rodríguez, 2011

Discusión Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$ se debe rechazar la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alternativa H_1 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menor que 0.76%

Conclusión con un nivel de significación de 5% los puntajes obtenidos en la variable depresión del grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento

Gráfica No 3

Comparación entre el pre test y el post – test del grupo experimental de la Variable Depresión



Fuente J Rodríguez, 2011

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa en la disminución de los niveles de Depresión en los sujetos que participaron del tratamiento

TABLA No 8

Variable Calidad de Vida

Comparación entre el pre test / post test del grupo experimental

Sujetos	1	2	3	4	5	6
Antes	124	88	127	117	98	119
Después	275	250	301	280	268	290

Fuente J Rodríguez, 2011

Hipótesis

H₀ No existe una diferencia significativa entre las medias antes y después del grupo del grupo que participo de la investigación en la variable calidad de vida

H₁ Existe diferencia significativa entre las medias antes y después del grupo del grupo que participo de la investigación en la variable calidad de vida.

Nivel de Significación α 0.05

TABLA No 9

Estadística Descriptiva

Comparación depresión pre test / post test del grupo experimental

Variable Calidad de Vida	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre- Test	6	88 000	127 000	121 167	15 587
Post Test	6	250 000	301 000	277.333	17 705

Fuente. J Rodríguez, 2011

Cálculo estadístico de la prueba

Prueba t para dos pruebas apareadas / Prueba unilateral a la izquierda

Diferencia	165 167
t (Valor observado)	-48.298
t (Valor critico)	2 016
GDL	5
p-valor (unilateral)	< 0 00001
Alfa	0 05

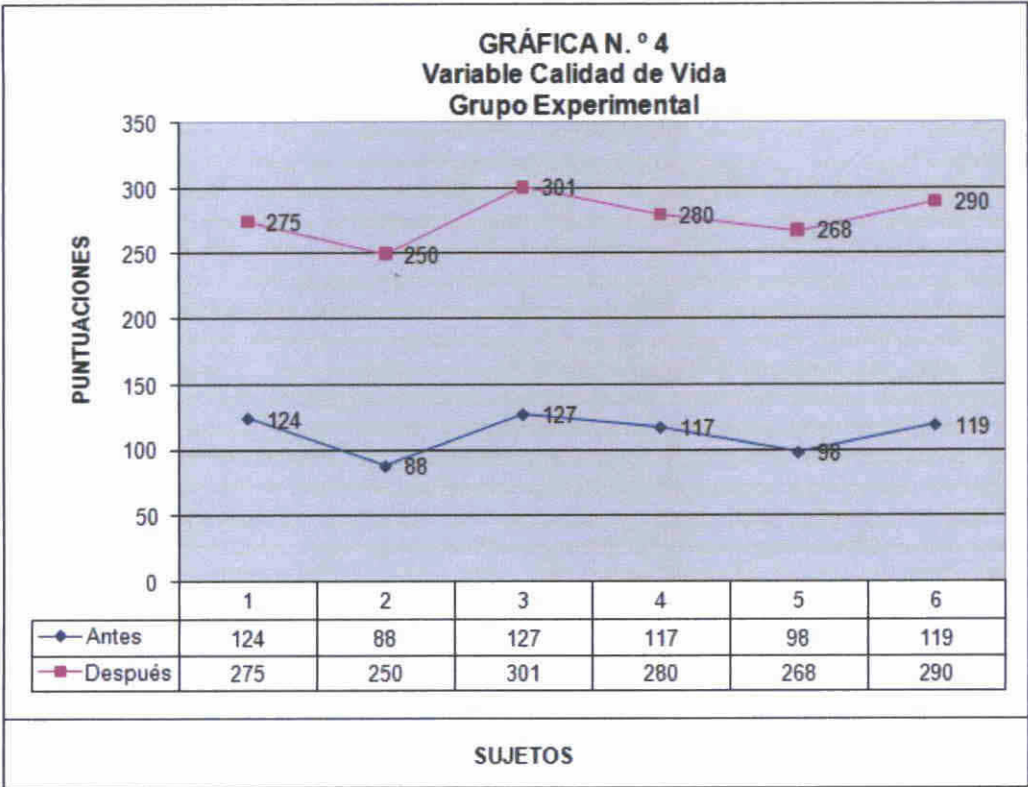
Fuente J Rodríguez, 2011

Discusión Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$ se debe rechazar la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alternativa H_1 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menor que 0.01%

Conclusión con un nivel de significación de 5% los puntajes obtenidos en la variable calidad de vida del grupo experimental presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento

Gráfica No. 4

Comparación entre el pre - test y el pos – test del grupo experimental de la Variable Calidad de Vida



Fuente: J. Rodríguez, 2011

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa en la percepción de Calidad de Vida de los sujetos que participaron de la psicoterapia breve psicodinámica.

3 DISCUSIÓN

En los resultados estadísticos presentados se pudo observar que se aprobó la prueba de hipótesis para las variables Ansiedad (estado /rasgo) Depresión y Calidad de Vida, en las cuales se presentaron cambios estadísticamente significativos que demuestran la efectividad del tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

La Psicoterapia Breve Psicodinámica logro disminuir los niveles de ansiedad y depresión y modificar la percepción de calidad de vida de los sujetos que participaron del estudio También se observó cómo estos adultos mejoraron su autoestima y sus estilos de vida, mostrando entusiasmo por los grupos de apoyo sus tratamientos Aprendieron que la enfermedad no es impedimento para llevar una vida comun

Al finalizar la psicoterapia breve psicodinámica se les preguntó a los adultos cómo se sentían con respecto a los síntomas reportados al inicio del tratamiento a lo que respondieron que han mejorado sus relaciones sociales especialmente con los familiares y su perspectiva de vida.

La psicoterapia breve utilizada fue focalizada en los síntomas psicológicos presentados se apoyo en las funciones yóicas con el manejo de la realidad y fortalecimiento de los distintos mecanismos de defensa ante la enfermedad Esta enfermedad no es necesariamente mortal si se sigue con seguridad los tres elementos propios del mismo como son medicación, dieta y ejercicios

El manejo y contención de las ansiedades fue fundamental para el éxito terapéutico En todo momento hay que estar pendiente de manifestaciones cognitivas y emocionales perturbadoras Además resulta fundamental el manejo de la transferencia y la contratransferencia.

Esta terapia se fundamenta en la transferencia positiva y cuando aparecen elementos transferenciales negativos el terapeuta debe estar alerta, modificarlos y controlarlos

La combinación de modelos individual y grupal aumento la efectividad del tratamiento

La contratransferencia necesita de supervisión constante dado que en ocasiones nos identificamos positivamente con ellos y su enfermedad y en ocasiones nuestros sentimientos son negativos hacia su renuencia a renunciar a los síntomas

En todo momento el contacto con mi supervisor me permitió manejar estos obstáculos que se presentan en toda psicoterapia, ya sea individual o grupal

CONCLUSIONES

- El pequeño tamaño de la muestra y nuestra rigurosa selección dio como resultado una muestra bastante homogénea en cuanto al impacto psicológico- emocional del diagnóstico de una enfermedad crónica, como la estudiada.
- Los sujetos del estudio habían recibido su diagnóstico de enfermedad crónica en los tres meses anteriores a nuestro contacto por lo tanto desconocemos las condiciones emocionales previas a nuestra evaluación
- La historia clínica es un instrumento de evaluación eficaz que permitió conocer que los trastornos de ansiedad y depresión estaban presentes y estos pudieron ser corroborados por las pruebas aplicadas
- Los resultados indican que la psicoterapia breve mixta psicodinámica, como tratamiento destinado a mejorar la percepción de calidad de vida, la disminución de los niveles de ansiedad y depresión de los sujetos resultó efectiva.
- Los sujetos que participaron en nuestro estudio lograron mejorías tanto en el área emocional como social mejoría que se reflejó en las pruebas aplicadas después de dicho tratamiento
- La percepción de calidad de vida relacionada con la salud mejoró significativamente al concluir el tratamiento tanto en la Escala Total como en la Escala Psicosocial

- La psicoterapia breve mixta logró contener las emociones perturbadoras que aparecieron tras el diagnóstico de la enfermedad en algunos pacientes los logros fueron más evidentes que en otros
- Entre las modificaciones o cambios mas relevantes que los pacientes reportaron están el aumento de la autoestima, mejores relaciones con los demás en especial con los familiares
- Obtuvimos evidencia estadística para determinar que las medias del grupo experimental eran significativamente diferentes antes y después del tratamiento
- Consideramos efectivo el enfoque particular de la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia siguiendo el modelo de Bellack para abordar los problemas que reportan los pacientes ya que es un enfoque basado principalmente en las teorías psicoanalíticas del aprendizaje y de sistemas y nos permitió una mayor comprensión de la problemática presentada por los pacientes
- Aun cuando obtuvimos evidencia estadística para determinar que las medias del grupo eran significativamente diferentes antes y después del tratamiento observamos a través de la interpretación de las escalas de estrés y ansiedad que si mejoraron, pero que la mayoría continuo mostrando niveles leves de ansiedad y depresión
- Los resultados obtenidos en esta investigación fueron evaluados inmediatamente después del término del tratamiento es decir a corto plazo por lo tanto la mejoría

reflejada a través de los resultados en las pruebas de los sujetos debe ser considerada como una mejora en ese periodo de tiempo

- El diseño de investigación utilizado para la realización de este trabajo tiene muchas limitaciones ya que el grado de control es mínimo por lo tanto los resultados obtenidos no tienen el mismo rigor científico que los diseños cuasi-experimentales o experimentales

RECOMENDACIONES

- Continuar brindando este tipo de tratamiento psicológico a pacientes diabéticos ya que esta investigación ha aportado y prácticos que sustentan lo provechoso que ha sido para un grupo de personas que padecen de esta enfermedad
- Revisar el programa, incluir mas sesiones hacer un seguimiento de él continuar con la evaluación de sus resultados e introducir las modificaciones necesarias Un programa de tratamiento debe ser evaluado constantemente con el propósito de detectar las fallas, para facilitar el mejoramiento de los métodos y de las técnicas
- La psicoterapia que se le debe proporcionar a los pacientes diagnosticados con diabetes debe iniciarse en el mismo momento que se le hace el diagnóstico y los centros de atención hospitalaria deben desarrollar un protocolo de atención que incluya una visión integral de los problemas de salud, esto incluye la variable psicológica y no solamente médica psiquiátrica. Cada profesional de la salud debe integrarse a un equipo pero guardando su correspondiente identidad profesional
- La psicoterapia grupal seria recomendable hacerla con un coterapeuta a fin de diluir más fácilmente los elementos tanto transferenciales como contra transferenciales
- Diseñar estrategias terapéuticas que incluyan a los familiares de los pacientes

- Realizar un control de los resultados del programa en periodos comprendidos entre los tres meses seis meses y un año con el propósito de evaluar a largo plazo sus efectos en los pacientes
- Realizar una investigación, con un diseño experimental o cuasi-experimental que incluya selección de muestras al azar con grupo control con el propósito de que los resultados que arroje la investigación sean más rigurosos

BIBLIOGRAFÍA

ANDERSON R M FITZGERALD J T WILSON K DAVIS W E HISS R (1997)
A comparison of global versus disease specific quality-of life measures in patients with
NIDDM Diabetes Care 20 299–305

Asociación Americana de Psiquiatría. (2003) Manual Diagnostico y Estadístico de los
Trastornos Mentales (DSM IV TR) México Ed Manual Moderno

BELLACK, L SMALL L (1996) Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de
Urgencia. México Edit El Manual Moderno S A

BERNSTEIN N (1994) Introducción a la Psicología Clínica. México McGraw Hill

CARLSON, J y SPERRY L (2000) Brief Therapy with Individuals and Couples Arizona
Zeig Tucker and Theisen Inc Publishers

COLBY M (2000) Apuntes de Clase Psicoterapia. Universidad de Panamá.

CHANTELAU E SCHIFFERS T SCHUTZE J Y HANSEN B (1997) Effect of
patient selected intensive insulin therapy on quality of life *Patient Education
Counseling*, 30 167–173

DELAMATER, A M JACOBSON A M ANDERSON B COX D FISHER, L
LUSTMAN P RUBIN R & WYSOCKI T Psychosocial therapies in diabetes report
of the psychosocial therapies working group Diabetes Care 24 (7) (2001) 1286 1292

DÍAZ NIETO L (1996) El Autocontrol y la Relajación en el Tratamiento de la Diabetes
Mellitus Tipo II Tesis de Grado de Maestría en Psicología General Experimental
México Universidad Nacional Autónoma de México

DIENER, E (1984) Subjective well being Psychological Bulletin, 95 (3) 542 575

EISER, CH (1995) Choices in measuring quality of life in children with cancer a
comment. Psychooncology 4 121 131

ESCOBAR, M C PETRASOVITS A PERUGA A SILVA N VIVES Y ROBLES S (2000) Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. Salud Publica de México 42 (1)

FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ C (1991) La Adhesión a los Tratamientos Diabetológicos Madrid Edit Pirámide

FERNANDEZ HERMIDA J R (2003) Guía de tratamientos psicológicos eficaces II Psicología de la Salud Madrid Pirámide

GRENSON RALPH (1965) Técnica y Psicoterapia Psicoanalítica. México Edit Siglo XXI

JIMÉNEZ JIMÉNEZ C (1998) Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud II Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Córdoba

KAZDIN ALAN (2001) Métodos de Investigación en Psicología Clínica México Edit Prentice Hall – Pearson Educación

LATORRE POSTIGO J M Y BENEIT MEDINA P (1994) Psicología de la Salud Buenos Aires Argentina.

LERMAN GARBER, I (1994) Atención Integral del Paciente Diabético México Mc Graw Hill

LEVY S M LEE J K BAGLEY C Y LIPPMAN M (1988) Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients Psychosomatic Medicine 50 520 528

Mc Donald P Anselmo J y Bernal de Más Mabel (2010) Prevalencia de Enfermedades Crónicas Asociadas al Sobrepeso Obesidad en las Personas Adultas de 20 años y más con Sobrepeso- Obesidad Distrito de Panamá.

MORALES C FRANCISCO (1999) Introducción a la Psicología de La Salud México Edit Paidós

NELSON A E Y DANNERFER, D (1992) Aged heterogeneity Fact or Fiction? The fate of diversity in gerontological research Gerontologist Rev

OBLITAS LUIS A (2006) Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas Colombia Psicom Editores

OBLITAS LUIS A (2004) Psicología de la Salud y Calidad de Vida México Thomson

OBLITAS G L A Y BECONA, I E (2000) Psicología de la Salud México Plaza y Valdés Editores

PIPES R Y DAVENPORT D (1900) Introduction to Psychotherapy Common Clinical Wisdom E U Prentice Hall (pp 4)

POLAINO Y LORENTE A Y ROALES NIETO J G (1990) El futuro de las investigaciones en diabetes España.

RICKHEIM P FLADER, J Y CARSTENSEN K (2000) Información básica sobre la diabetes tipo 2 International Diabetes Center

RIVAS LINA (2004) Intervención psicoterapéutica en pacientes diagnosticados con cáncer de mama, tendientes a mejorar el Estado Psicológico y la Calidad de Vida durante los tratamientos Panamá Tesis de Maestría Universidad de Panamá

RODRIGUEZ MARÍN J (1995) Psicología Social de la Salud España Síntesis

ROSE M FLIEGE H HILDEBRANDT M SCHIROP T Y KLAPP B F (2002) The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control *Diabetes Care* 25 35 -42

SALA V (1998) Depresión y Cáncer Una Apreciación Buenos Aires Revista Clínica Psicología. Vol VII No 3

SALA V GATTO M MARINO A (2000) Psico socio-oncología. Buenos Aires Edit Data Visión

SALA V GATTO M (1998) Psico-oncología abordaje integral del paciente con cáncer Buenos Aires Biblioteca Medica Digital Data Visión

SAMPIERI R (1996) Metodología de la Investigación México Edit McGraw Hill

SAMPIERI R FERNANDEZ C BATISTA P (2006) Metodologia de la Investigación Cuarta Edición México Edit McGraw Hill

SCHWARTZMANN AGDA L (2004) Calidad de Vida Relacionada con la Salud Seminario Introductorio Uruguay Departamento de Psic Médica Universidad de la Republica Oriental

TAYLOR, SHELLEY (2007) Psicología d e la Salud México Edit McGraw Hill Interamericana, S A

TEJEIRA YELANIA (2007) Intervención psicoterapéutica en un grupo de niños y niñas de 9 a 13 años diagnosticados con Enfermedades Malignas, tendientes a mejorar su percepción de Calidad de Vida, sus Estrategias de afrontamiento y sus niveles de ansiedad Panamá Tesis de Maestría Universidad de Panamá.

WOLBERG L (1975) The Technique of Psychotherapy Estados Unidos Edit Prentice Hall

American Diabetes Association Complete Guide to Diabetes (3rd edition) Alexandria, Va American Diabetes Association Inc (2002)

Campaña Nacional para el control de la diabetes Ministerio de Salud Dirección Nacional de Promoción y Prevención de la Salud Panamá, 2006

Catálogo Instrumentos de Evaluación 2010 Manual Moderno Colombia.

Catálogo 2010 Tea Ediciones España.

Guía de alimentación para el control de la diabetes Ministerio de Salud Departamento de Nutrición, Panamá, 2007

Fuentes de Internet

ABREU, M. DEL C., GRAU, JORGE Y OTROS. (2002) Calidad de Vida Problemas y Retos : Revista Cubana. <http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16-3-00>.

VELARDE, ELIZABET. (2001). Evaluación de la Calidad de Vida en el Adolescente con Enfermedad Crónica. <http://by18fd.bay18.hotmail.msn.com/cgi-bin/getmsg>.

www.endocrinologist.com

www.americanheart.org

<http://salud.metropoliglobal.com>

ANEXOS

ANEXO No 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito del estudio

Es esta una investigación en la cual se medirá la efectividad de una intervención terapéutica mixta, la cual consta de ocho sesiones gratuitas aplicada a adultos entre 40 a 60 años los participantes deben ser pacientes diagnosticados con diabetes y no estar recibiendo otro tipo de terapia psicológica, solo atención medica. Se aplicaran tres cuestionarios antes y después de las ocho sesiones para evaluar la efectividad del programa

Beneficios

Con este estudio pretendemos mejorar tu percepción de Calidad de Vida, modificar favorablemente las formas como enfrentas la enfermedad y ayudarte a disminuir los niveles de ansiedad y depresión que naturalmente experimentamos todos ante esta circunstancia de la vida.

La participación en este estudio de investigación es voluntaria, una vez acepte participar en el mismo no podrá salirse del estudio La información que proporciones se mantendrá con la mayor confidencialidad posible según las leyes nacionales e internacionales que te protegen cuando participas en una investigación Por lo tanto no se usara tu nombre ni se publicara tu historia personal

Una vez leída la información anterior por favor conteste a las siguientes preguntas

- 1 Ha entendido toda la información suministrada en este formulario Si___ No___
- 2 Se le ha resuelto a usted todas las dudas sobre el estudio en el que va a participar Si___ No___
- 3 Se le ha informado que una vez que acepte participar en el estudio no puede abandonar el mismo Si___ No___
- 4 Sabe usted que los resultados y datos que se obtengan son confidenciales Si___ No___ Si ha respondido No a alguna de las preguntas anteriores NO FIRME ESTE FORMULARIO

Con mi firma en este formulario acepto que mi participación es voluntaria, que he entendido el propósito y que se me ha informado mis derechos y que deseo participar en esta investigación

Nombre del Participante _____

Firma _____ Cédula _____ Fecha _____

Firma del Terapeuta _____

ANEXO No 2
Historias Clínicas

CASO No 1

Datos Generales

Nombre	J S
Sexo	masculino
Edad	40 años
Escolaridad	universitaria
Estado Civil	soltero
Ocupación	oficinista

Estado Mental

- **Apariencia** aseado y vestido nítidamente contextura gruesa ye de estatura normal
- **Actitud y comportamiento** se muestra cooperador y muy entusiasmado
- **Estado emocional** al hablar de la enfermedad su rostro cambia y se pone triste pero el resto de la entrevista permanece emocionalmente tranquilo
- **Relaciones sociales** hace contacto visual con el entrevistador responde a todo lo que e le pregunta se muestra espontaneo
- **Comportamiento Motor** se muestra un poco inquieto en la silla,
- **Comunicación y lenguaje** lenguaje y comunicación adecuados para su edad
- **Cognición** buen nivel cognitivo

Diagnóstico Multiaxial

- **Eje I** Trastorno del estado de ánimo debido a la diabetes
- **Eje II** Ningun diagnóstico
- **Eje III** Diabetes Mellitus Tipo II
- **Eje IV** Separación de su pareja
- **Eje V** EEAG=80 (Actual)

CASO No 2

Datos Generales

Nombre	J P
Sexo	masculino
Edad	47 años
Escolaridad	pre media
Estado Civil	unido
Ocupación	electricista

Estado Mental

- **Apariencia** se presenta bien arreglado contextura gruesa, estatura baja.
- **Actitud y comportamiento** se muestra cooperador pero muy tenso
- **Estado emocional** al hablar de la enfermedad su rostro cambia y se pone triste pero el resto de la entrevista permanece emocionalmente tranquilo
- **Relaciones sociales** hace contacto visual con el entrevistador responde a todo lo que e le pregunta se muestra espontaneo
- **Comportamiento Motor** se muestra un poco inquieto en la silla
- **Comunicación y lenguaje** lenguaje y comunicación adecuados para su edad
- **Cognición** buen nivel cognitivo

Diagnóstico Multiaxial

- **Eje I** Trastorno del estado de ánimo debido a la diabetes
- **Eje II** Ningun diagnóstico
- **Eje III** Diabetes Mellitus Tipo II
- **Eje IV** Ninguno
- **Eje V** EEAG= 79 (Actual)

CASO No 3

Datos Generales

Nombre	C R
Sexo	Femenina
Edad	53 años
Escolaridad	secundaria completa
Estado Civil	unida
Ocupación	mensajera interna

Estado Mental

- **Apariencia** se presenta a la consulta vestida sencilla, se nota que es de bajo recursos su contextura es obesa, estatura alta, su apariencia es un poco descuidada
- **Actitud y comportamiento** se muestra muy cooperadora y tranquila.
- **Estado emocional** expresa sus sentimientos con facilidad expresa mucho sufrimiento y frustraciones
- **Relaciones sociales** establece contacto visual con el entrevistador y muestra mucha disposición para trabajar
- **Comportamiento Motor** dentro de la normalidad
- **Comunicación y lenguaje** buena capacidad de comprensión y expresión
- **Cognición** buen nivel cognitivo

Diagnóstico Multiaxial

- **Eje I** Trastorno del estado de ánimo debido a la diabetes
- **Eje II** Ningun diagnóstico
- **Eje III** Diabetes Mellitus Tipo II
- **Eje IV** Condiciones laborales difíciles vivienda inadecuada, economía insuficiente
- **Eje V** EEAG= 63 (Actual)

CASO No 4

Datos Generales

Nombre	G P
Sexo	femenina
Edad	53 años
Escolaridad	secundaria completa
Estado Civil	separada
Ocupación	oficinista

Estado Mental

- **Apariencia** de mediana estatura, delgada. Se presenta a la consulta bien arreglada y vestida.
- **Actitud y comportamiento** se muestra inhibida y un poco ansiosa.
- **Estado emocional** le cuesta expresar lo que siente al hablar de la enfermedad se le salen las lágrimas parece estar deprimida.
- **Relaciones sociales** hace poco contacto visual con el entrevistador su interacción es limitada
- **Comportamiento Motor** dentro de lo normal
- **Comunicación y lenguaje** lenguaje y comunicación adecuados para su edad habla poco y en tono muy bajo Le cuesta iniciar conversación
- **Cognición** buen nivel cognitivo

Diagnóstico Multiaxial

- **Eje I** Trastorno del estado del ánimo debido a la diabetes
- **Eje II** Ningun diagnóstico
- **Eje III** Diabetes Mellitus Tipo II
- **Eje IV** Divorcio perturbación familiar por separación trabajo estresante
- **Eje V** EEAG=75 (Actual)

CASO No 5

Datos Generales

Nombre	F V
Sexo	femenina
Edad	55 años
Escolaridad	secundaria completa
Estado Civil	casada
Ocupación	oficinista

Estado Mental

- **Apariencia** es delgada, de estatura normal muy bien arreglada y vestida
- **Actitud y comportamiento** tiene mucha disposición se proyecta un poco ansiosa
- **Estado emocional** es muy expresiva en cuanto a sus sentimientos y se muestra muy afectada cuando habla de la enfermedad
- **Relaciones sociales** hace contacto visual es extrovertida y muy sociable
- **Comportamiento Motor** normal
- **Comunicación y lenguaje** muy expresiva, lenguaje y comunicación adecuados para su edad
- **Cognición** buen nivel cognitivo

Diagnóstico Multiaxial

- **Eje I** Trastorno del estado de ánimo debido a la diabetes
- **Eje II** Ningun diagnóstico
- **Eje III** Diabetes Mellitus Tipo II
- **Eje IV** fallecimiento de un miembro de la familia (papá) adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales
- **Eje V** EEAG= 76 (Actual)

CASO No 6

Datos Generales

Nombre	R R
Sexo	femenina
Edad	60 años
Escolaridad	primaria
Estado Civil	viuda
Ocupación	trabajadora manual

Estado Mental

- **Apariencia** vestida acorde a su edad colores oscuros (esta de luto de su esposo) contextura gruesa, estatura normal
- **Actitud y comportamiento** se muestra cooperadora, pero muy tensa y ansiosa
- **Estado emocional** le cuesta expresar lo que siente al contar sobre la enfermedad y como se siente llora mucho parece estar deprimida.
- **Relaciones sociales** hace contacto visual con el entrevistador pero se muestra tímida.
- **Comportamiento Motor** es pausada y tranquila.
- **Comunicación y lenguaje** habla poco su tono de voz es bajo denota mucha depresión y ansiedad
- **Cognición** buen nivel cognitivo

Diagnóstico Multiaxial

- **Eje I** Trastorno del estado de ánimo debido a la diabetes
- **Eje II** Ningun diagnóstico
- **Eje III** Diabetes Mellitus Tipo II
- **Eje IV** fallecimiento de un miembro de la familia (esposo) adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales
- **Eje V** EEAG= 65 (Actual)

ANEXO No 3
Instrumentos

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)

MP
84-2

Dra. Angélica Riveros Rosas
Juan José Sánchez-Sosa, PhD
Mark del Águila, PhD



INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Contesté con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza y conteste con la verdad.*



Manual Moderno®
D.R. © 2009
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Soeros 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

ISBN: 978-607-448-012-2 (Obra completa)
ISBN: 978-607-448-014-6 (Cuestionario)

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida, por otro medio -electrónico, mecánico, fotocopiador, registrado, etcétera- sin permiso por escrito de la Editorial.

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTÉ si no cumple ese requisito

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SAK

Instrucciones Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21 Me siento bien	①	②	③	④
22 Me canso rápidamente	①	②	③	④
23 Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24 Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25 Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26 Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27 Soy una persona 'tranquila' serena y sosegada	①	②	③	④
28 Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder su perarlas	①	②	③	④
29 Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30 Soy feliz	①	②	③	④
31 Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32 Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33 Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34 Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35 Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36 Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37 Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38 Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39 Soy una persona estable	①	②	③	④
40 Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

Nombre de Paciente _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	Nunca o Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Frecuentemente	La Mayoría del Tiempo o Siempre
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana es cuando me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de estreñimiento				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba				
				Puntuación Bruta
				Índice EAD

INSTRUCCIONES

Lea cada declaración cuidadosamente. Para cada declaración, marque el círculo de la columna que mejor responda a la forma que usted se ha sentido durante las últimas dos semanas.
 Para las declaraciones 5 y 7 si usted está en dieta, conteste como si no lo estuviera.